



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Comunitária

**NECESSIDADES DO CUIDADOR FAMILIAR DO IDOSO
TOTALMENTE DEPENDENTE EM CONTEXTO DOMICILIÁRIO –
UMA INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA**

Elisabete Pereira Gonçalves Ferreira Leitão

Lisboa

Maio, 2013

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA
MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA
ESTÁGIO COM RELATÓRIO

PROJETO DE ESTÁGIO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

**NECESSIDADES DO CUIDADOR FAMILIAR DO IDOSO TOTALMENTE
DEPENDENTE EM CONTEXTO DOMICILIÁRIO – UMA INTERVENÇÃO DE
ENFERMAGEM COMUNITÁRIA**

Discente: Elisabete Pereira Gonçalves Ferreira Leitão

Docente orientador: Professor Doutor José Edmundo Xavier Furtado Sousa

Lisboa
Maio, 2013

“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos, não é senão uma gota de água no mar.

Mas o mar seria menor, se lhe faltasse uma gota”

Madre Teresa de Calcutá

AGRADECIMENTOS

Aos cuidadores familiares que contribuíram com a sua vivência e disponibilidade para a realização deste estudo.

Ao Professor Doutor José Edmundo Furtado Xavier de Sousa pelo acompanhamento e orientação.

À Escola Superior de Enfermagem de Lisboa pela oportunidade da realização deste Mestrado.

À Direção do Agrupamento de Centros de Saúde de Almada por todas as autorizações necessárias.

À enfermeira Maria do Céu Gil Cerdeira Gonçalves, orientadora clínica do local de estágio pela sua disponibilidade e incentivo.

À equipa de enfermagem da Unidade de Cuidados na Comunidade Outra Margem, em especial à enfermeira Maria José Leão, da Unidade de Cuidados Personalizados da Charneca e da Unidade de Saúde Familiar da Cova da Piedade que ao envolverem-se neste projeto permitiram a realização deste estágio de forma enriquecedora.

À Professora Doutora Maria Luísa da Silva Brito, pelo contributo dado na cedência da autorização da utilização da sua escala de avaliação das necessidades dos cuidadores.

Às colegas e amigas de turma de Mestrado Paula Oliveira e Selma Carrilho pelo apoio e partilha de experiências no decurso da realização deste estágio.

À minha família pelo incentivo e motivação.

A todos, os meus mais sinceros agradecimentos.

LISTA DE SIGLAS

ACES	–	Agrupamento de Centros de Saúde
APA	–	American Psychological Association
CADI	–	Carers' Assessment of Difficulties Index
CDP	–	Centro de Diagnóstico Pneumológico
ECCI	–	Equipa de Cuidados Continuados Integrados
INE	–	Instituto Nacional de Estatística
SAPE	–	Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem
UAG	–	Unidade de Apoio à Gestão
UCC	–	Unidade de Cuidados na Comunidade
UCSP	–	Unidade de Cuidados Personalizados
URAP	–	Unidade de Recursos Assistências Partilhados
USF	–	Unidade de Saúde Familiar
USP	–	Unidade de Saúde Pública
VD	–	Visita domiciliária

RESUMO

Numa sociedade cada vez mais envelhecida, em que o aumento da necessidade de apoio às pessoas idosas surge como um problema prioritário, leva-nos a questionar quais as necessidades do cuidador familiar que presta cuidados ao idoso totalmente dependente no domicílio. A assunção do papel de cuidador, nem sempre de forma planeada ou desejada, acresce novas responsabilidades e novas necessidades. O objetivo deste estudo foi desenvolver estratégias de apoio ao cuidador familiar do idoso totalmente dependente no domicílio de modo a garantir e/ou melhorar o seu autocuidado.

O Modelo conceptual que serve de referencial a este relatório fundamenta-se na Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem.

Foi utilizada a Metodologia do Planeamento em Saúde, como instrumentos de recolha de dados o Carers' Assessment of Difficulties Index (CADI) e um questionário de caracterização sociodemográfica do cuidador familiar, a técnica de amostragem foi não probabilística por conveniência, constituiu-se uma amostra com quarenta e três cuidadores.

O perfil do cuidador encontrado está de acordo ao referido na literatura, pertence maioritariamente ao género feminino, grupo etário sessenta e dois a setenta anos, casado, referindo como principal motivo para assumir o papel de cuidador o grau de parentesco com o idoso totalmente dependente.

Relativamente aos resultados do CADI, a referir que após priorização foi efetuada intervenção comunitária a nível das necessidades do cuidador familiar pertencentes à dimensão problemas relacionais com o idoso dependente e à dimensão exigência de ordem física na prestação de cuidados.

Deste modo elaborou-se a intervenção comunitária tendo em conta que os cuidados especializados em enfermagem comunitária e de saúde pública, têm por foco da sua atenção as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde de grupos, comunidades e populações designadamente através do desenvolvimento de programas de intervenção, com vista à capacitação das comunidades na consecução de projetos de saúde coletiva e ao exercício da cidadania (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Palavras-chave: Cuidador familiar, autocuidado, planeamento em saúde, enfermagem comunitária.

ABSTRACT

In an increasingly aging society, where the need for higher support for older people arises as a priority problem, we question ourselves about the needs of family caregivers who provide care to the elderly totally dependent at home. The assumption of the caregiver's role, not always planned or desired, adds new responsibilities and new needs. The objective of this study was to develop support strategies that ensure and/or improve self-care of the family caregiver.

It was used the Health Planning Methodology and both the Carers' Assessment of Difficulties Index (CADI) and a socio-demographic questionnaire characterization of the family caregiver were used as data collection instruments. The sampling technique used was not probabilistic for convenience, being the sample composed by forty three caregivers.

The conceptual model that serves as a reference for this report is based on the Self-Care Deficit Theory of Dorothea Orem.

The caregiver profile found in this study is consistent with other literature reports, namely, belongs mostly to female gender, the age group of sixty-two to seventy years old, married and being the family relationship to the elderly totally dependent the main reason pointed out for the played role of caregiver.

Regarding CADI results, note that after prioritization was performed a community intervention concerning the needs of family caregivers belonging to both dimension of interpersonal relationship with the dependent elderly and high physical requirement in care.

Therefore, the community intervention was elaborated taking into account that specialist care in community nursing and public health aim human responses to the life processes and the health problems of groups, communities and populations through development of intervention programs aimed at empowering communities in achieving health projects and collective citizenship (Order of Nurses, 2011).

Keywords: Family caregiver, self-care, health planning, community nursing.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	12
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	14
1.1. Envelhecimento e dependência	14
1.2. A família e os cuidados	15
1.3. A família e o cuidador familiar.....	17
1.4. A Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem.....	19
2. METODOLOGIA.....	22
2.1. Diagnóstico de situação de saúde	22
2.1.1. Contextualização da intervenção	23
2.1.2. População, população alvo e amostra.....	24
2.1.3. Técnicas e procedimentos de colheita de dados	25
2.1.4. Questões éticas	26
2.1.5. Apresentação e análise dos dados.....	27
2.1.6. Diagnósticos de enfermagem.....	40
2.1.7. Limitações do estudo	41
2.2. Determinação de prioridades	41
2.2.1. Constituição grupo de juízes	42
2.3. Fixação de objetivos	43
2.4. Seleção de estratégias	44
2.5. Preparação operacional – programação	45
2.6. Avaliação	50
3. CONCLUSÃO.....	53
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
ANEXOS	61

APÊNDICES	73
-----------------	----

ÍNDICE ANEXOS

ANEXO I – Índice Katz

ANEXO II – Classificação Social Internacional. Índice Graffar

ANEXO III – Versão portuguesa do Carers'Assessment of Difficulties Index

ANEXO IV – Critério de fiabilidade estimado pelo α cronbach

ÍNDICE APÊNDICES

APÊNDICE I – Pedido de autorização para campo de estágio ao diretor executivo do ACES Almada

APÊNDICE II – Pedido de autorização para colheita de dados

APÊNDICE III – Pedido autorização para utilizar o nome do ACES Almada e Unidades funcionais

APÊNDICE IV – Pedido de autorização para utilização CADI à Professora Doutora Maria Luísa da Silva Brito

APÊNDICE V – Autorização da Professora Doutora Maria Luísa da Silva Brito

APÊNDICE VI – Consentimento informado aos cuidadores familiares

APÊNDICE VII – Instrumento de colheita de dados para caracterização sociodemográfica do cuidador familiar

APÊNDICE VIII – Conteúdos das dimensões do CADI

APÊNDICE IX – Pedido autorização para utilizar nome no relatório como pertencente ao grupo de juízes

APÊNDICE X – Consentimento informado para as colegas pertencentes ao grupo de juízes

APÊNDICE XI – Constituição do grupo de juízes

APÊNDICE XII – Grelha de priorização para grupo de juízes

APÊNDICE XIII – Atividades frequentes nos programas de Saúde Pública

APÊNDICE XIV – Power Point sessão de informação aos profissionais da UCC

APÊNDICE XV – Plano primeira sessão educação para a saúde aos cuidadores familiares .

APÊNDICE XVI – Power Point primeira sessão de educação para a saúde aos cuidadores familiares

APÊNDICE XVII – Folheto sobre “Posicionamentos”

APÊNDICE XVIII – Folheto “Transferências”

APÊNDICE XIX – Folheto “Mobilizações Passivas”

APÊNDICE XX – Avaliação da primeira sessão de educação para a saúde

APÊNDICE XXI – Folha de presenças da primeira sessão educação para a saúde

APÊNDICE XXII – Fotografias da primeira sessão de educação para a saúde

APÊNDICE XXIII – Plano da segunda sessão de educação para a saúde aos cuidadores familiares

APÊNDICE XXIV – Power Point da segunda sessão educação para a saúde aos cuidadores familiares

APÊNDICE XXIV – Folheto “ Folheto do cuidador”

APÊNDICE XXVI – Avaliação da segunda sessão educação para a saúde aos cuidadores familiares

APÊNDICE XXVII – Folha de presenças na segunda sessão educação para a saúde

APÊNDICE XXVIII – Manual do Cuidador

APÊNDICE XXIX – Cronograma de atividades

ÍNDICE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição da amostra por género	27
Gráfico 2 - Distribuição da amostra por grupo etário.....	28
Gráfico 3 - Distribuição da amostra segundo o estado civil.....	28
Gráfico 4 - Distribuição da amostra segundo o Índice de Graffar.....	29
Gráfico 5 - Distribuição da amostra segundo as habilitações literárias.....	29
Gráfico 6 - Distribuição da amostra segundo número de elementos do agregado familiar.	30
Gráfico 7 - Distribuição da amostra segundo situação de coabitação ou não coabitação ...	30
Gráfico 8 - Distribuição da amostra segundo o grau de parentesco do cuidador com o idoso dependente	31
Gráfico 9 - Distribuição da amostra segundo o tempo de prestação de cuidados	32
Gráfico 10 - Distribuição da amostra segundo a frequência diária de prestação de cuidados.....	32
Gráfico 11 - Distribuição da amostra segundo existência ou não de ajuda nos cuidados ...	33
Gráfico 12 - Distribuição da amostra segundo a razão pela qual se tornou cuidador	33

ÍNDICE QUADROS

Quadro 1 - Distribuição das respostas na dimensão problemas relacionados com o idoso dependente	35
Quadro 2 - Distribuição das respostas na dimensão reações à prestação de cuidados	36
Quadro 3 - Distribuição das respostas na dimensão exigência de ordem física na prestação de cuidados	37
Quadro 4 - Distribuição das respostas na dimensão restrições na vida social.....	37
Quadro 5 - Distribuição das respostas na dimensão deficiente apoio familiar.....	38
Quadro 6 - Distribuição das respostas na dimensão deficiente apoio profissional	38
Quadro 7 - Distribuição das respostas na dimensão problemas financeiros	39
Quadro 8 - Distribuição das respostas na dimensão "outros aspetos"	39
Quadro 9 - Resultado da priorização após consulta grupo de juízes	422
Quadro 10 - Resultado dos indicadores de atividade	51
Quadro 11 - Indicadores de impacto	52

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas a esperança média de vida, principalmente nos países industrializados, conheceu um aumento significativo devido, essencialmente, aos progressos da medicina e à melhoria dos cuidados de saúde e das condições socio económicas, concomitantemente verificou-se uma diminuição do número de nascimentos e redução da mortalidade infantil. Como consequência estamos perante uma sociedade mais envelhecida com os seus membros mais idosos cada vez mais dependentes, surgindo assim uma maior necessidade de cuidados e consequentemente o número de cuidadores (Sequeira, 2010).

Apesar das alterações que afetam a estrutura e a organização familiar, a família continua a ter um papel preponderante nas redes de solidariedade e a ser a principal fonte de apoio aos idosos nos cuidados diretos, no apoio psicológico e nos contatos sociais (Pimentel, 2005).

O cuidador familiar surge como o promotor da manutenção do idoso dependente na comunidade, do seu bem-estar e da qualidade de vida. Necessita portanto de apoio não só para manter a qualidade dos cuidados que presta ao idoso mas também para manter o seu bem-estar. (Sequeira, 2010)

Floriani (2004) citando Lee *et al* (2003) e Schulz e Beach (1999) refere que estes autores apontam estudos onde demonstram que em circunstâncias específicas, existe um maior risco de enfarte agudo do miocárdio e de morte nos cuidadores familiares.

Sequeira (2010) citando Schene (1990), afirma que a população de cuidadores apresenta índices de patologia psiquiátrica superiores à população em geral e que a nível da saúde física esta pode ser afetada pelo esforço físico associado ao cuidar.

Neste contexto e face à evidência científica o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, pelas suas competências específicas em estabelecer com base na metodologia do planeamento em saúde a avaliação do estado de saúde de uma comunidade e posteriormente delinear estratégias de intervenção é o profissional que melhor atuará na promoção do autocuidado deste grupo.

O planeamento em saúde é definido por Imperatori e Giraldes (1982) como a racionalização na utilização de recursos, muitas vezes escassos, com vista a atingir os

objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários, implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários setores socioeconómicos, referindo também que o planeamento em saúde é constituído por várias fases e deve ser entendido como um processo contínuo e dinâmico, não se considerando uma etapa do processo de planeamento como inteiramente concluída, pois a qualquer momento decorrendo das informações recolhidas poderá ter que se refazer qualquer uma das fases.

Este projeto de intervenção comunitária foi desenvolvido segundo a metodologia do planeamento em saúde e orientado pela Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem para ligação à prática clínica o que permitiu desenvolver competências específicas na aplicação de ambos os referenciais.

Este relatório encontra-se dividido em três partes que pretendem refletir a sequência do percurso realizado de forma sucinta e objetiva. Na primeira parte apresenta-se a revisão bibliográfica sobre o cuidador familiar na problemática do envelhecimento e dependência, o papel de cuidador na família e na prestação de cuidados, faz-se também referência à Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem. Na segunda parte descreve-se a metodologia utilizada, com referência às questões éticas, descrição da contextualização do projeto e das etapas do planeamento em saúde. Na terceira parte são apresentadas as principais conclusões, implicações do estudo para a prática, para a formação e para a investigação e uma reflexão sobre competências desenvolvidas na área de especialização em enfermagem comunitária.

O presente relatório foi redigido ao abrigo do novo Acordo Ortográfico. Utilizou-se a norma APA.

1.ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1.Envelhecimento e dependência

Atualmente, o rápido envelhecimento demográfico, as modificações da estrutura etária da população e as mudanças na organização da sociedade constituem importantes desafios para os indivíduos, famílias, comunidades e países de todo o mundo. Considerado este aumento da proporção de idosos como um fenómeno recente, constata-se que as sociedades e os países ainda se estão a adaptar (Figueiredo, 2007a).

Em Portugal, a população idosa, com 65 ou mais anos, residente é de 2,023 milhões de pessoas, representando cerca de 19% da população total. Na última década o número de idosos cresceu cerca de 19% (INE, 2011). Destes idosos, 400 964 vivem sozinhos e 804 577 residem exclusivamente com outros idosos, valor que aumentou cerca de 28%, desde a última década, tendo passado de 942 594 em 2001, para 1 205 541 em 2011.

No concelho de Almada, existem 134 030 pessoas e destas 35 999 são idosos, o que corresponde a 26,8% da população do concelho. Em Portugal o índice de envelhecimento¹ é de 129 idosos por cada 100 jovens. O concelho de Almada apresenta um índice de envelhecimento de 141 idosos por cada 100 jovens, surgindo assim como o concelho com maior índice de envelhecimento do distrito de Setúbal.

Podemos ainda verificar que o índice de dependência² de idosos em Portugal é de 29 idosos por cada 100 jovens. O índice de dependência de idosos do concelho de Almada de 32 idosos por cada 100 jovens, constituindo assim o segundo concelho do distrito de Setúbal com maior índice de dependência de idosos (INE, 2011).

¹ ÍNDICE DE ENVELHECIMENTO: Relação entre a população idosa e a população jovem, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos.

² ÍNDICE DE DEPENDÊNCIA: Relação entre a população idosa e a população em idade ativa, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos.

Com o aumento da longevidade e dependência do idoso surge uma maior necessidade de cuidados e inevitavelmente um maior número de cuidadores.

Neste contexto, o cuidador familiar surge como o promotor da manutenção do idoso dependente na comunidade, do seu bem-estar e da qualidade de vida. Necessita, portanto, de apoio não só para manter a qualidade dos cuidados que presta ao idoso mas também para manter a sua qualidade de vida (Sequeira, 2010).

1.2. A família e os cuidados

Em todas as sociedades tem existido a necessidade de apoio aos idosos dependentes, assistindo-se nos países desenvolvidos, a partir de meados do século XX, a uma alteração dos padrões de resposta a estas necessidades. Até ao século XX os principais responsáveis pelos cuidados aos idosos dependentes eram os familiares, estando subjacente a esta prestação de cuidados motivos morais, económicos e emocionais (Marín e Casanova, 2001), citados por Pereira (2008).

Nos países desenvolvidos, no início de século XX, com a inclusão da mulher no mercado de trabalho (deixando a família de ter disponível o tradicional elemento que prestava os cuidados aos idosos) e com o aumento da mobilidade geográfica, em que homens e mulheres adultos (ativos no mercado de trabalho) se deslocaram para as cidades deixando no meio rural o idoso, mais isolado tanto a nível físico como emocional, esta situação começou a modificar-se e começaram a surgir os programas de bem-estar social como os serviços de apoio domiciliário e os lares de terceira idade para o apoio ao idoso dependente (Figueiredo, 2007a). A família, como unidade de conduta social mais significativa da sociedade, tem vindo portanto a passar por profundas transformações que têm afetado o seu desenvolvimento, influenciando as suas funções e interações, quer internas quer a nível da comunidade (Stanhope e Lancaster, 2011).

A própria definição de família, tem evoluído ao longo do tempo, tendo as definições diferentes aspetos, de acordo com o paradigma da respetiva área. Por exemplo, na área legal, famílias são relações estabelecidas por laços de sangue, adoção, tutela ou casamento, na área biológica a definição implica a existência de redes genéticas e biológicas entre os membros, na área social a definição é mais lata e pode ser encarada como um grupo de pessoas que vivem juntas e na área da psicologia a família é definida como um grupo de pessoas com fortes laços emocionais (Hanson, 2005).

Cada família tende a modificar os papéis e os procedimentos que lhe são inerentes, tendo em conta não só a estrutura familiar mas também o ambiente interno e externo da unidade familiar. Todas as famílias têm certas funções que são desempenhadas para manter a integridade da unidade familiar e dar resposta às necessidades dos seus membros e às expectativas da sociedade. Sendo que, uma das funções da família é assegurar os cuidados de saúde (Stanhope e Lancaster, 2011).

Vários autores referem que as transformações pelas quais as famílias têm passado conduzem a uma dificuldade cada vez maior em definir família.

Tradicionalmente a família era definida com base na família nuclear utilizando conceitos legais de relacionamento, tais como biológicos, genéticos, de sangue, de adoção, de tutela ou casamento. Desde os anos oitenta esta definição foi alargada, sendo hoje em dia aceite pela maioria dos autores que a definição de família refere-se a dois ou mais indivíduos que dependem um do outro para apoio emocional, físico e /ou financeiro (Stanhope e Lancaster, 2011). Segundo os mesmos autores, a estrutura familiar é outro conceito que se tem vindo a modificar, assistindo-se neste momento a uma estrutura “pós-moderna” com as famílias monoparentais, famílias madrastra/padrasto, famílias do mesmo género, famílias constituídas por amigos e famílias unipessoais.

Atualmente em Portugal as políticas de saúde, tendem a privilegiar a manutenção dos idosos no domicílio, devido ao aumento crescente do número de idosos, à insuficiência e inadequação das respostas formais às necessidades dos idosos dependentes, às vantagens ao nível da autonomia, às vantagens na promoção da qualidade de vida com a sua permanência no ambiente natural e à constatação das potencialidades da família na prestação de cuidados, o que implica uma função acrescida, na qual o cuidador informal assume uma maior relevância, Leuschner (2005), citado por Sequeira (2010).

Figueiredo (2007a) também defende a opinião de que a família é o principal suporte do idoso dependente, defendendo a ideia de que atualmente o idoso não é abandonado pela família e de que a família atual se reorganizou para cuidar do idoso dependente, no seu lar, e que nem sempre o idoso dependente constituiu um fator de fragilização da família.

Sequeira (2010) refere que o aumento da longevidade na sociedade atual coloca novos desafios, em diversos domínios, dos quais se destacam: o da saúde e o da prestação de cuidados. Ao nível da saúde, porque esta constitui um recurso adaptativo e essencial para o idoso ter um envelhecimento normal, e ao nível da prestação de cuidados, pois o avançar da

idade implica um maior risco de doença e, consequentemente, um maior índice de dependência, ao qual se associa uma maior necessidade de cuidados informais e formais.

Neste sentido surgem dois conceitos de prestação de cuidados, os cuidadores formais e os cuidadores informais. Os cuidados formais são prestados por um profissional qualificado, com preparação para o desempenho das funções, estando o seu trabalho integrado numa atividade profissional remunerada (Sequeira, 2010).

Os cuidadores informais são as pessoas que prestam cuidados ou assistência a um membro da família, amigo ou outro, de modo regular e não remunerado, preferencialmente no domicílio, no sentido da manutenção de um nível de independência e de qualidade de vida (Sequeira, 2010).

A maioria dos autores é unânime em afirmar que a nível dos cuidadores informais existe um cuidador principal, responsável pelos cuidados ao idoso dependente apoiado por outro ou outros elementos, surgindo assim o conceito de cuidador principal e secundário.

Stone, Cafferata e Sangl (1987), citados por Figueiredo (2007a), distinguem cuidador principal e secundário, de acordo com o grau de envolvimento nos cuidados prestados ao idoso dependente, assim o cuidador principal é quem detém a total ou a maior parte da responsabilidade pelos cuidados prestados ao idoso no domicílio e a quem estão reservados os trabalhos de rotina. Os cuidadores secundários seriam aqueles familiares, amigos, vizinhos ou outros que prestam cuidados complementares em número mais reduzido.

Figueiredo (2007a) e Sequeira (2010) afirmam ainda que o cuidador principal é aquela pessoa sobre a qual recai a responsabilidade pela prestação da maioria dos cuidados ligados às funções de manutenção e continuidade da vida da pessoa idosa dependente e que não é remunerada pelo que faz, nem possui formação específica.

É este cuidador informal principal, o foco da intervenção deste estudo e que é designado como cuidador familiar.

1.3. A família e o cuidador familiar

Como referido no subcapítulo anterior é normalmente no contexto familiar que surge o cuidador. Tradicionalmente este papel era naturalmente desempenhado pela mulher, ficando o homem responsável pelo sustento do lar. Atualmente, esta realidade apesar de estar a mudar verifica-se que o papel de cuidador ainda é desempenhado maioritariamente pela mulher (Pimentel, 2005).

Sequeira (2010) refere que o cuidador familiar é habitualmente um membro da família ou alguém muito próximo do idoso dependente, que na maioria das vezes se responsabiliza de forma direta pelos cuidados, cuidando muitas vezes de forma solidária e sem qualquer ajuda para os cuidados. Neri e Carvalho, (2002) citados por Sequeira (2010), referem que a identidade do cuidador está intrinsecamente ligada à história pessoal e familiar, com base em contextos sociais e culturais, pelo que o cuidar constitui um aspeto normativo da vida de alguns dos membros da família, principalmente do sexo feminino e dos mais velhos.

Cada família tem as suas normas, que são construídas ao longo dos anos, através do desempenho de diversos papéis, através das inter-relações decorrentes e através da intensidade e necessidade de cuidados, sendo que, em cada família é possível identificar claramente o papel esperado de cada um dos seus membros. As características pessoais de cada elemento também influenciam a escolha do cuidador assim como a disponibilidade de cada membro da família.

Segundo Sequeira (2010) na maioria das famílias a escolha do cuidador ocorre de forma subtil, mas é influenciada pelas características e experiências pessoais de cada membro da família, pelo contexto em que se encontram e pelas relações de cumplicidade desenvolvidas ao longo do tempo. Por exemplo, se um membro da família se encontrar desempregado ou sem qualquer atividade pode influenciar na decisão da escolha do cuidador, cônjuge ou filhos são naturalmente “eleitos” por motivos de cumplicidade nos relacionamentos. A coabitação é outro fator de onde naturalmente surge o cuidador.

Deste modo, verifica-se que existe um elevado número de fatores que em conjunto determinam a adoção e o desempenho do papel de cuidador.

A transição para o papel de cuidador, nem sempre se faz de uma forma planeada ou esperada muitas vezes é um acontecimento súbito que causa a necessidade. É por isso um processo complexo que envolve muitas variáveis, e que irá decorrer de acordo com o cuidador, com o idoso dependente e do contexto em que decorre a relação da prestação de cuidados (Sequeira, 2010).

Sequeira (2007) no seu estudo refere que existem diferentes variáveis que determinam uma transição eficaz na adoção do papel de cuidador, e que são estas variáveis em interação que determinam as repercussões associadas ao exercício do papel de cuidador e agrupa-as em quatro domínios relacionados com o contexto do idoso dependente, contexto do cuidador, contexto da prestação de cuidados e contexto dos resultados.

É pois a partir da interação equilibrada destes fatores que o papel de cuidador pode ser vivenciado com sentimentos de bem-estar e satisfação e não necessariamente um acontecimento stressante e esgotante, surgindo assim o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária como agente promotor do autocuidado e facilitador do desempenho deste papel.

1.4. A Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem

Para suporte teórico de ligação à prática clínica foi escolhido a Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem.

A Teoria Geral de Enfermagem de Orem é formada por três constructos teóricos: A Teoria do Autocuidado, a Teoria do Défice de Autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem.

A Teoria do Autocuidado engloba o autocuidado, a atividade de autocuidado e a exigência terapêutica de autocuidado, bem como requisitos para o autocuidado.

O autocuidado é a prática de atividades iniciadas e executadas pelos indivíduos em seu próprio benefício, para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar. O autocuidado contribui de maneira específica para a integridade da estrutura humana, para o funcionamento da pessoa e para o seu desenvolvimento. As capacidades do indivíduo para o autocuidado encontram-se condicionadas pela idade, estado de desenvolvimento, experiência de vida, orientação sociocultural, saúde e recursos disponíveis. A Teoria do Défice de Autocuidado constitui a essência da Teoria Geral de Enfermagem de Orem, uma vez que determina quando há necessidade da intervenção de enfermagem. A enfermagem passa a ser uma exigência quando um adulto (ou no caso de um dependente, o familiar responsável) se encontra incapacitado ou limitado para prover autocuidado contínuo e eficaz. Pode haver a disponibilização de cuidados de enfermagem quando as habilidades para cuidar sejam menores do que as exigidas para satisfazer uma exigência conhecida de autocuidado ou habilidades de autocuidado ou de cuidados dependentes.

Orem identifica cinco métodos de ajuda: Agir ou fazer para o outro, guiar o outro, apoiar o outro (física ou psicologicamente), proporcionar um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal, quanto a tornar-se capaz de satisfazer exigências futuras ou atuais de ação e ensinar o outro.

O enfermeiro pode ajudar o indivíduo, utilizando qualquer um ou de todos os métodos, de modo a oferecer a assistência com autocuidado. Orem apresenta um modelo para mostrar a

relação ente os seus conceitos e nesse modelo pode ser visto que, num determinado momento, uma pessoa pode ter habilidades específicas de autocuidado e exigências terapêuticas de autocuidado. Quando é necessário mais exigências do que habilidades há a necessidade da intervenção do enfermeiro.

A Teoria dos Sistemas de Enfermagem, em que o sistema de enfermagem é planeado pelo enfermeiro, baseia-se nas necessidades de autocuidado e nas capacidades do paciente para a execução de atividades de autocuidado. Identificou três classificações de sistemas de enfermagem para satisfazer os requisitos de autocuidado do paciente: O sistema de enfermagem totalmente compensatório, o sistema de enfermagem parcialmente compensatório e o sistema de apoio-educação.

O plano e os elementos do sistema de enfermagem definem: A amplitude da responsabilidade do enfermeiro em situações de cuidados de saúde, os papéis gerais e específicos dos enfermeiros e dos pacientes, a razão para as relações dos enfermeiros com pacientes, as espécies de ações a serem executadas, bem como os padrões de execução e as ações de enfermeiros e pacientes, na regularidade das atividades de autocuidado dos pacientes e na satisfação das suas exigências de autocuidado terapêutico.

O sistema de enfermagem totalmente compensatório está representado por uma situação em que o indivíduo é incapaz de realizar as ações de autocuidado que exigem locomoção autogerida e controlada e movimento manipulativo, ou com prescrição médica de evitar tal atividade. Pessoas com estas limitações são socialmente dependentes de outros para a continuação da sua existência e do seu bem-estar.

O sistema de enfermagem parcialmente compensatório está representado por uma situação em que tanto o enfermeiro como o paciente executam medidas ou outras ações de cuidados que envolvem tarefas de manipulação ou locomoção, tanto o paciente como o enfermeiro podem exercer o papel principal na execução de medidas de cuidados.

No sistema de apoio-educação a pessoa consegue executar ou pode e deve aprender a executar medidas de autocuidado terapêutico de rede interna ou externa, embora não consiga fazer isso sem auxílio. Aponta o sistema apoio-educação como uma prática do enfermeiro no sentido de oferecer apoio e educação enquanto as pessoas aprendem e realizam o autocuidado, sendo o papel do enfermeiro o de promover o paciente a um agente de autocuidado.

Ao longo de seu trabalho Orem discute cada um dos quatro conceitos principais: Pessoas (seres humanos), saúde, enfermagem e ambiente (sociedade).

Para o autor “a enfermagem tem como especial preocupação a necessidade de ações de autocuidado do indivíduo, e a oferecer esse controlo, numa base continua para sustentar a vida e a saúde, recuperar-se da doença ou ferimentos e compatibilizar-se com os seus efeitos”

2. METODOLOGIA

2.1. Diagnóstico de situação de saúde

O diagnóstico de situação de saúde é a primeira etapa a cumprir no planeamento em saúde. Em qualquer processo de intervenção, a definição do diagnóstico é fundamental uma vez que só a partir daqui será possível começar a atuação. O diagnóstico da situação de saúde funciona como fundamentação das atividades e tenciona medir o estado de saúde da população em causa. Desta forma obtém-se um instrumento para colocar em prática a política de saúde, eleger prioridades, preparar atividades e seguir e avaliar os resultados (Imperatori e Giraldes, 1982).

Para realizar o diagnóstico de situação foram utilizados três instrumentos: O Índice de Katz (Anexo I) para avaliação do grau de dependência do idoso. Optou-se por este instrumento por ser este o utilizado no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) de Almada. Todos os utentes inscritos no programa de dependente, têm o grau de dependência determinado através do índice de Katz, todas as unidades funcionais efetuam registos informáticos no programa SAPE (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem), constituindo assim estes registos uma base uniforme e fidedigna para consulta.

Um questionário de caracterização sociodemográfica do cuidador familiar (Apêndice VII) construído pela investigadora para o efeito, constituído por 15 questões. As variáveis sociodemográficas são: idade, género, estado civil, habilitações literárias, profissão e fonte de rendimentos do agregado familiar. Nas variáveis sociofamiliares foi considerado o número de elementos do agregado familiar, coabitação, tipologia da habitação e relação de parentesco. No padrão de prestação de cuidados as variáveis consideradas foram a duração da prestação de cuidados, frequência diária de prestação de cuidados, se existe colaboração ou não de outras pessoas para a prestação dos cuidados diários ou se existe apoio formal para a prestação de cuidados e qual o motivo pelo qual o cuidador assumiu o papel. No final do questionário existem dois quadrados destinados ao preenchimento pelo

enfermeiro relativamente à observação feita ao aspeto do bairro e da habitação, de modo a identificar critérios para determinação do Índice Graffar (Anexo II). Foi aplicado um pré-teste do questionário a 5 profissionais de enfermagem, com vista a detetar algum problema nas perguntas que justificassem alguma alteração e a 5 cuidadores familiares de idosos (não pertencentes à amostra), com vista a revelar a clareza das questões.

Para avaliar as dificuldades do cuidador foi utilizado o Carers'Assessment of Diffculties Index (CADI) de Nolan, Grant e Keady (1998), traduzido e validado para a população portuguesa por Luísa Brito e João Barreto (2000). (Anexo III).

Este instrumento foi desenvolvido por Nolan, Grant e Keady (1998) no Reino Unido, e segundo os autores tem como objetivo facilitar a identificação do tipo de dificuldades mais frequentes nas situações de prestação de cuidados a familiares idosos, bem com a maneira, como em cada caso, os prestadores de cuidados percecionam e vivenciam essas dificuldades. Estas informações permitiram ao profissional de saúde estabelecer um plano de intervenção individualizado que melhor poderá responder às necessidades específicas de cada família.

Este instrumento é constituído por trinta itens, agrupados em oito dimensões (Apêndice VIII), onde o inquirido deve assinalar, numa escala tipo Likert com quatro pontos, qual a afirmação em causa que se aplica à sua situação. No final das trinta questões existe um espaço aberto para facultativamente o inquirido descrever outras questões que não estejam contempladas no questionário.

2.1.1. Contextualização da intervenção

O local escolhido para o estágio e para implementação do projeto de intervenção comunitária foi o ACES de Almada e dentro do ACES a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), por ser a unidade funcional do ACES que tem por missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde concorrendo, assim e de um modo direto, para o cumprimento da missão do ACES em que se integra. Prestando ainda cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atua, ainda, na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção (Diário da República, 2.^a série -N.º 74-16 de abril de 2009).

O ACES de Almada, no seu Plano de Atividades de 2011, definiu como problemas de saúde para intervenção os problemas de saúde específicos e os problemas de saúde prioritários.

Nos problemas de saúde específicos enquadram-se os acidentes domésticos e os acidentes de viação, as doenças evitáveis pela vacinação, a gravidez na adolescência, os problemas de saúde oral, toxicodependência nos jovens, infeções sexualmente transmissíveis nos jovens, comportamentos protetores de saúde, fatores de risco comportamental, comunidades particularmente carenciadas e a acessibilidade aos serviços prestadores de saúde nos jovens.

Nos problemas de saúde prioritários enquadram-se as doenças cardiovasculares (primeira causa de morte), o cancro (segunda causa de morte), a tuberculose, a infeção pelo Vírus Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, os acidentes de viação, as infeções sexualmente transmissíveis, a dependência do tabaco, do álcool e de drogas de administração endovenosa, a população envelhecida e com reduzido suporte familiar, a instabilidade social e económica e as comunidades de imigrantes excluídos socialmente.

Donde, podemos concluir que a existência de uma população envelhecida e com reduzido suporte familiar é um problema de saúde sentido no concelho de Almada.

Dentro desta perspetiva foi escolhida a área do cuidador familiar do idoso totalmente dependente, pois vários estudos e indicadores apontam para o aumento do envelhecimento da população mundial, com consequente aumento da população idosa e dependente. Surgem, assim, os cuidadores familiares como um pilar de apoio extremamente importante nos cuidados ao idoso dependente e decisivo à sua manutenção no domicílio, mas com necessidades de autocuidado igualmente importantes.

2.1.2. População, população alvo e amostra

Segundo Fortin (1999), a população é um conjunto de indivíduos que possuem características comuns, definidas por um conjunto de critérios, sendo que a população alvo é constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de seleção definidos antecipadamente e para os quais o investigador deseja fazer generalizações.

De acordo com Carmo e Ferreira (1998) a população deve ser definida em pormenor, de modo a que um investigador possa determinar se os resultados obtidos ao estudar uma determinada população se podem aplicar a populações com características idênticas.

A técnica designada por amostragem (processo de seleção de uma amostra) conduz à seleção de uma parte ou subconjunto de uma dada população que se denomina amostra (Carmo e Ferreira, 1998).

De acordo com Carmo e Ferreira (1998), existem dois tipos de amostras as probabilísticas e as não probabilísticas, que deverão ser selecionadas de acordo com um ou mais critérios julgados importantes pelo investigador, sendo que as amostras não probabilísticas podem ser selecionadas tendo como base critérios de escolha intencional sistematicamente utilizados com a finalidade de determinar as unidades da população que fazem parte da amostra.

O método de amostragem utilizado neste estudo foi o de amostragem não probabilística por conveniência.

A população é constituída por todos os cuidadores familiares de idosos totalmente dependentes inscritos no ACES Almada no total de duzentos e vinte e oito cuidadores.

A população alvo deste estudo é constituída por todos os cuidadores familiares principais de idosos totalmente dependentes, inscritos em três Unidades Funcionais do ACES de Almada: USF da Cova da Piedade, na UCSP da Charneca e na Equipa de Cuidados Continuados na Comunidade (ECCI), no total de cinquenta e dois cuidadores.

Como critérios de inclusão para constituição da amostra definiu-se: Ser o cuidador principal responsável pelos cuidados a um idoso (de idade igual ou maior que sessenta e cinco anos) totalmente dependente (Índice Katz IV), não remunerado, por um período superior a quatro semanas. Como critérios de exclusão o cuidador ter idade inferior a dezoito anos ou recusar participar no estudo.

Através dos registos SAPE e entrevista com a colega responsável pelos cuidados domiciliários apurou-se nas três unidades funcionais cinquenta e dois cuidadores com critérios de inclusão no estudo e destes foi constituída uma amostra de quarenta e três cuidadores, conforme se explica no subcapítulo seguinte.

2.1.3. Técnicas e procedimentos de colheita de dados

Os instrumentos de colheita de dados foram aplicados no período de 18 de junho a 16 de julho de 2012 no domicílio dos cuidadores. Aos cinquenta e dois cuidadores apurados foram efetuadas visitas domiciliárias em conjunto com a enfermeira responsável pelos cuidados ao idoso totalmente dependente, foram entregues os instrumentos de recolha de dados, explicado o seu preenchimento e posteriormente recolhidos também no contexto de visita domiciliária.

Todos os questionários foram preenchidos pelos próprios cuidadores exceto um em que a cuidadora não sabia ler ou escrever, pelo que lhe foram lidas e explicadas as questões e transcritas as respostas pela investigadora. Responderam ao questionário quarenta e quatro cuidadores, um dos questionários foi excluído por estar incorretamente preenchido, constituiu-se assim uma amostra de quarenta e três cuidadores familiares para este estudo.

2.1.4. Questões éticas

De acordo com o Relatório de Belmont (2000), os princípios básicos da ética perante investigações que envolvam seres humanos assentam em três pilares, o respeito pelas pessoas, a beneficência e a justiça. O respeito pelas pessoas garante que os participantes na investigação sejam tratados como indivíduos autónomos, capazes de deliberar acerca de objetivos pessoais e atuar sobre tal deliberação, e que pessoas com qualquer tipo de debilidade ou diminuição de autonomia devam ser automaticamente protegidas. Relativamente à beneficência, qualquer pessoa envolvida numa investigação deve ser tratada de forma ética não só respeitando as suas decisões, protegendo-as de eventuais perigos, bem como garantindo o seu bem-estar. O pilar da justiça assenta essencialmente no tratamento igualitário, o que significa que o conhecimento e os benefícios alcançados devem ser partilhados de forma e tendo sempre em conta o mérito.

Segundo ainda o mesmo relatório a aplicação dos princípios gerais para a realização de pesquisas tem em consideração a existência de consentimento informado, avaliação dos riscos/benefícios e a seleção dos sujeitos da pesquisa.

Ao longo da elaboração deste projeto de intervenção comunitária procurou-se que os procedimentos éticos estivessem sempre presentes. Com a escolha de tema pretendeu-se trazer benefícios para a população alvo/amostra do estudo. Para o processo de colheita de dados realizou-se um pedido de consentimento informado (Apêndice VI) e um esclarecimento de qualquer dúvida, antes e durante o preenchimento dos instrumentos de avaliação, assegurando que a participação no estudo seria sempre de caráter voluntário, não trazendo a recusa qualquer tipo de prejuízo. Foram assegurados o anonimato e confidencialidade dos dados e os dados foram protegidos e tratados com rigor.

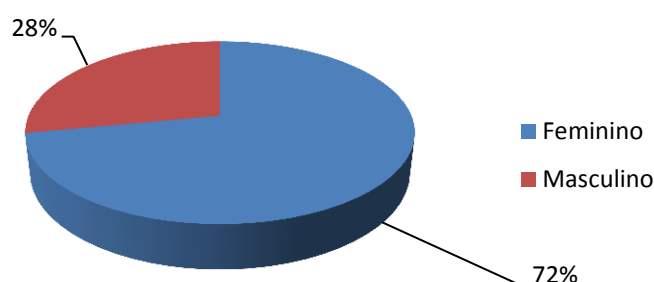
Foi feito pedido formal de autorização de utilização à autora da tradução para português do questionário CADI, Professora Doutora Luísa Brito (Apêndice IV) e pedidos formais ao diretor executivo dos ACES de Almada para realização do projeto de estágio (Apêndice I),

colheita de dados (Apêndice II) e utilização do nome da instituição e respetivas unidades funcionais no estudo (Apêndice III), bem como pedido de autorização para mencionar o nome das colegas pertencentes ao grupo de juízes neste relatório de estágio (Apêndice IX) e respetivo consentimento informado (Apêndice X).

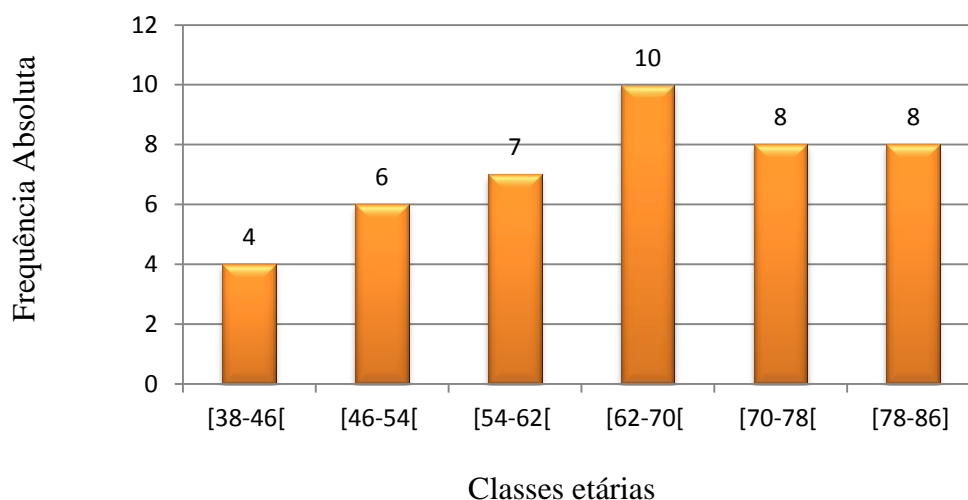
2.1.5. Apresentação e análise dos dados

Para a análise dos dados obtidos, recorreremos à estatística descritiva. Foram utilizadas medidas de tendência central média, moda, mediana, frequências absolutas e frequências relativas.

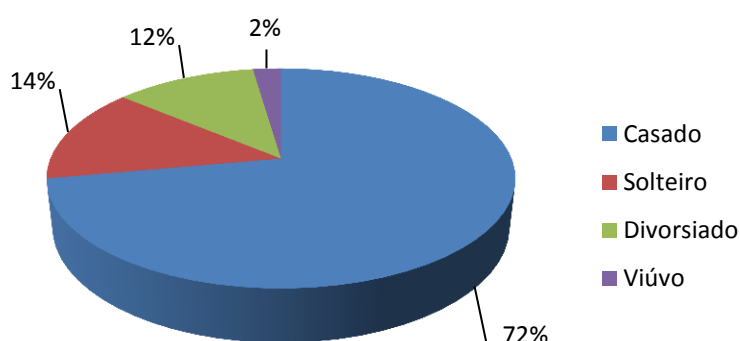
Gráfico 1 - Distribuição da amostra por género



Relativamente às características sociodemográficas dos cuidadores familiares, verificou-se que 72% são do género feminino e 28% do género masculino. Este valor corrobora com a maioria dos estudos consultados em que se verifica que o papel do cuidar tem sido desempenhado maioritariamente pelo género feminino (Brito, 2000; Figueiredo, 2007b; Pereira, 2008; Grelha, 2009; Sequeira, 2010). A este respeito Collière (1989) refere que durante milhares de anos a prática dos cuidados que suportam a vida, liga-se fundamentalmente às atividades da mulher “... é ela que dá à luz, é ela que tem o encargo de “tomar conta” de tudo o que mantém a vida quotidiana nos seus mais pequenos pormenores” (Collière, 1989: 40). No entanto, esta distribuição de papéis está a mudar, com o aumento do nível de escolaridade da mulher, a crescente inserção no mundo laboral e a consequente valorização do seu estatuto social, implicam uma menor disponibilidade para a atividade do cuidar em casa, verificando-se o assumir deste papel também pelo homem (Pimentel, 2005).

Gráfico 2 - Distribuição da amostra por grupo etário

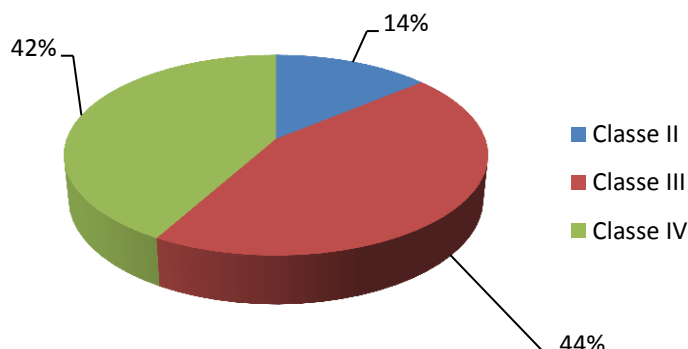
No que respeita à idade dos cuidadores familiares, verificou-se que variou entre trinta e oito e os oitenta e cinco anos de idade, sendo a média encontrada de sessenta e quatro anos, com um desvio padrão de 12,6 e uma moda de sessenta e seis anos, estes resultados evidenciam a tendência relatada na literatura. Neste estudo salienta-se que o maior valor foi encontrado no grupo etário dos sessenta e dois a setenta anos, seguido dos grupos etários de setenta a setenta e oito anos e de setenta e oito a oitenta e cinco anos com o mesmo valor, com um total de 60,5%, o que nos permita afirmar que estamos maioritariamente perante idosos que cuidam de idosos.

Gráfico 3 - Distribuição da amostra segundo o estado civil

Relativamente ao estado civil verificou-se que 72% são casados, 14% solteiros, 12% divorciados e 2% viúvos. Valores semelhantes foram encontrados no estudo de Brito (2000) com 78% de cuidadores casados, 17,1% solteiros e 4% viúvos. Pereira (2008) apresenta um

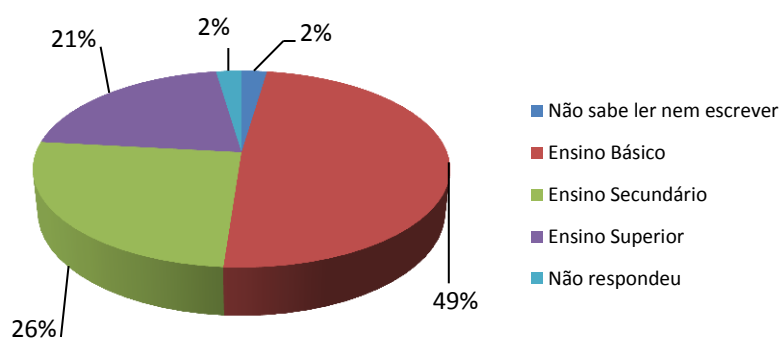
valor semelhante para o estado civil de casado com 78% neste estudo e de acordo com os dados apresentados no gráfico 8, 42% dos cuidadores estão a prestar cuidados ao cônjuge, o que nos permite afirmar que 36% dos cuidadores casados acrescentaram ao papel desempenhado na sua família o papel de cuidador de um idoso totalmente dependente.

Gráfico 4 - Distribuição da amostra segundo classificação social internacional de Graffar



Verifica-se que na amostra 14% das famílias pertencem à classe II, 44% classe III e 42% classe IV. As classes I e V não estão representadas, estamos perante uma amostra de cuidadores maioritariamente pertencentes à classe III e IV, o que nos permite afirmar que todas as famílias da amostra possuem água canalizada e saneamento básico.

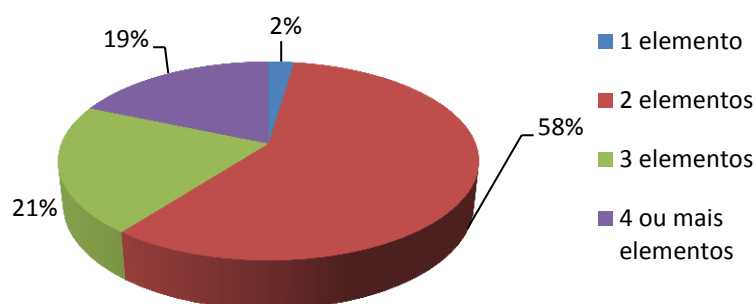
Gráfico 5 - Distribuição da amostra segundo as habilitações literárias



No que diz respeito às habilitações literárias verifica-se 49% dos cuidadores tem o ensino básico, seguido de 26% de cuidadores com o ensino secundário, 21% com ensino superior e 2% não sabem ler ou escrever, esta questão não foi respondida por 2% dos cuidadores. Estes valores vão de encontro ao referido nos estudos consultados, no sentido em que os

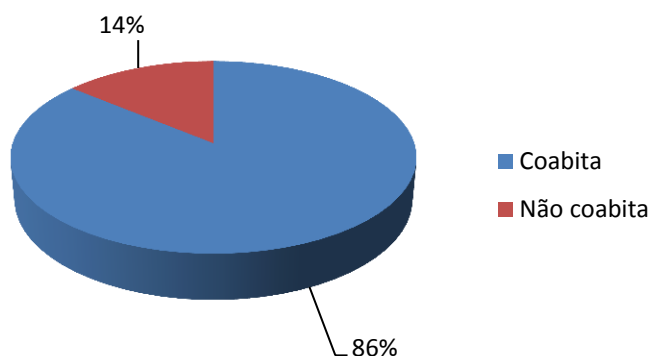
investigadores concluem que o cuidador familiar possui maioritariamente habilitações literárias ao nível do ensino básico (Brito, 2000; Figueiredo, 2007b; Pereira, 2008; Sequeira, 2010).

Gráfico 6 - Distribuição da amostra segundo o número de elementos do agregado familiar



Relativamente à constituição do agregado familiar, 58% das famílias são constituídas por duas pessoas, o que nos sugere que coabitam apenas o cuidador familiar e o idoso dependente, este dado vem de encontro ao apresentado pelo INE (2011) onde cerca de 60% da população idosa vive só ou em companhia exclusiva de pessoas também idosas, refletindo um fenómeno cuja dimensão aumentou 28%, ao longo da última década.

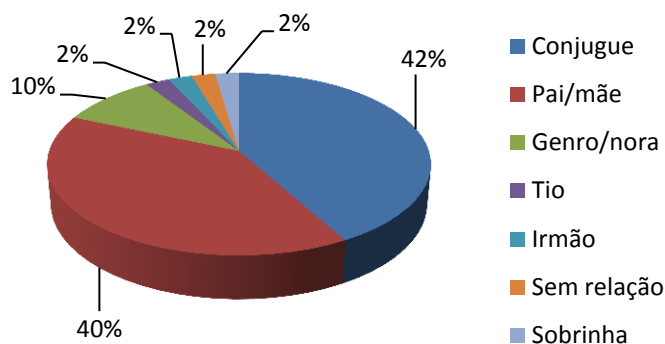
Gráfico 7 - Distribuição da amostra segundo situação de coabitação ou não coabitação



Relativamente à coabitação, 86% dos cuidadores coabitam com o idoso dependente, não se verificando situação de coabitação em 14% dos casos. Valor semelhante (78% para coabitação e 22% para não coabitação) foi encontrado por Brito (2000) e por Sequeira (2010), nos seus estudos, sugerindo (Sequeira, 2010) a este respeito que “o prestador de cuidados

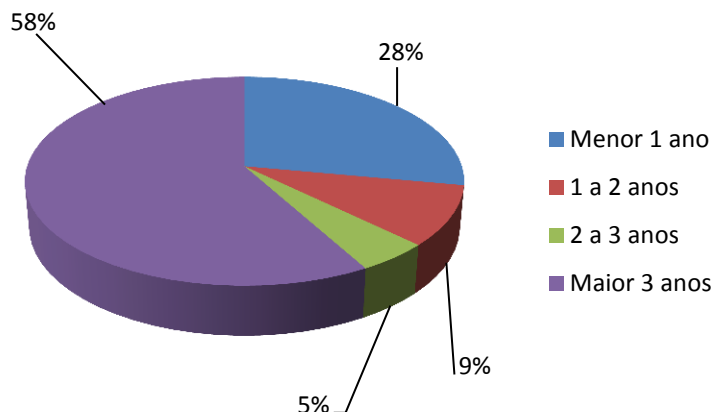
surge habitualmente de familiar próximos do idoso que habitualmente vivem em co-residência.”

Gráfico 8 - Distribuição da amostra segundo o grau de parentesco do cuidador com o idoso dependente

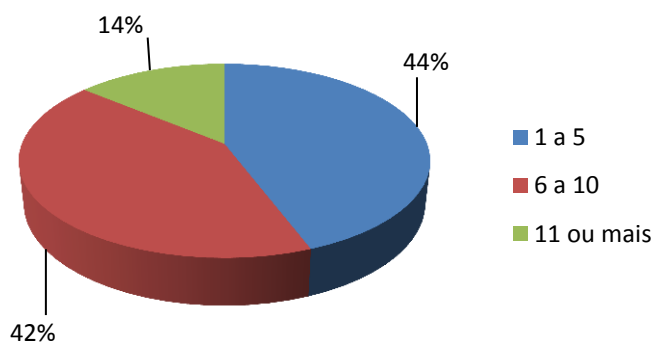


Dos dados obtidos verifica-se que a maior parte dos cuidadores 42% presta cuidados ao cônjuge, seguido de 40% de cuidadores que prestam cuidados ao pai ou mãe, 10% dos cuidadores prestam cuidados ao genro/nora, em igual percentagem 2% dos cuidadores prestam cuidados a tios, sobrinha, irmão e sem relação de parentesco com o idoso dependente. Estes resultados corroboram o referido por Figueiredo (2007a) citando National Center on Elder Abuse (2002), quando refere que o cônjuge na maioria das vezes é a principal e única fonte de assistência ao idoso dependente, seguindo-se a filha e no caso de inexistência de uma filha, segue-se o filho, que na maior parte das vezes transfere esta responsabilidade para a esposa, no caso de não haver filhos seguem-se vizinhos e amigos.

Brito (2000) no seu estudo encontrou resultados diferentes 48,8% de cuidadores a prestar cuidados a pai ou mãe e 14,6% de cuidadores a prestar cuidados ao cônjuge, tal como Grelha (2009) que também encontrou em primeiro lugar 52,5% de cuidadores a prestar cuidados aos pais e 25,2% ao cônjuge. Donde podemos concluir que os principais cuidadores são os cônjuges e os filhos.

Gráfico 9 - Distribuição da amostra segundo o tempo de prestação de cuidados

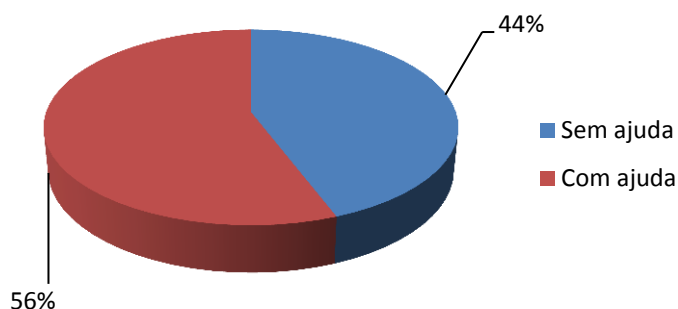
Na maior parte dos casos, 58% a prestação de cuidados ocorre há mais de três anos, seguindo-se 28% de prestação de cuidados há menos de um ano, encontrando-se 9% dos cuidadores a prestar cuidados entre um e dois anos e 5% dos cuidadores a prestar cuidados entre dois e três anos, o que nos permite afirmar que cuidar de um idoso dependente na maior parte dos casos é uma tarefa de longa duração, resultados semelhantes foram referidos nos estudos de Brito (2000), Figueiredo (2007b), e Sequeira (2010).

Gráfico 10 - Distribuição da amostra segundo a frequência diária de prestação de cuidados

Relativamente à frequência diária de prestação de cuidados, 44% dos cuidadores presta cuidados entre cinco a dez vezes por dia, 42% prestam cuidados mais do que onze vezes por dia e 14% dos cuidadores prestam cuidados menos que cinco vezes por dia, sendo que o padrão da prestação de cuidados está diretamente ligado à existência ou não de ajuda, ao grau de dependência do idoso. Neste estudo o grau de dependência do idoso foi determinado pela

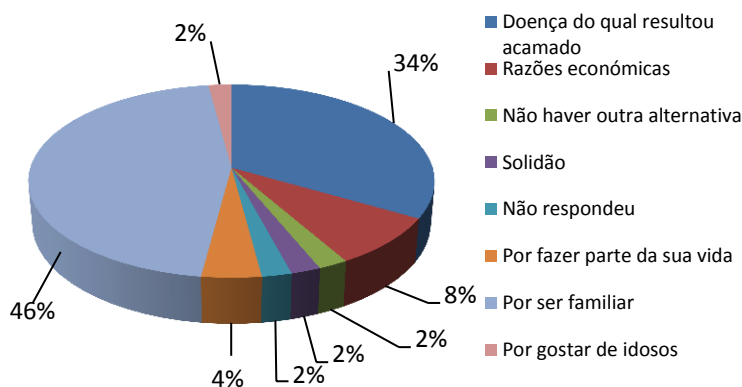
aplicação do Índice de Katz e selecionados os idosos totalmente dependentes (classificados com nível IV). E na existência ou não de coabitação “*na medida em que ao coabitar com a pessoa idosa nomeadamente o cônjuge ou o filho adulto que vive com os pais, acresce o tempo de cuidado e restringe o tempo de lazer e a vida social*” (Andrade, 2009).

Gráfico 11 - Distribuição da amostra segundo existência ou não de ajuda nos cuidados



Em relação à existência ou não de ajuda para a prestação de cuidados 44% dos cuidadores referem não ter qualquer ajuda, 56% referem ter ajuda, provindo esta ajuda em onze casos de familiares, quatro casos de empregados e dez casos são apoiados por instituições de apoio domiciliário, as instituições de apoio domiciliário ajudam essencialmente nos cuidados de higiene diários (banho na cama) e primeiro posicionamento do dia, nalguns casos o apoio domiciliário para outros cuidados de higiene e posicionamento é realizado duas vezes por dia, seguindo-se ajuda para confeção e distribuição de refeições.

Gráfico 12 - Distribuição da amostra segundo a razão pela qual se tornou cuidador



Relativamente à questão sobre o motivo pelo qual se tornou cuidador do idoso dependente alguns cuidadores apontaram mais do que uma razão, sendo que a principal apontada com 22% a relação de parentesco com o idoso dependente, seguido de 16% o acontecimento de doença da qual resultou a situação de acamado, 6% dos cuidadores referiram que o motivo é por gostarem de idosos, 4% dos cuidadores referiram que o motivo foi por não haver mais ninguém, a mesma percentagem 4%, aponta razões económicas e na mesma percentagem de 1%, aponta motivos pessoais, solidão e um cuidador não respondeu.

Figueiredo (2007a) citando (Jani-Le Bris, 1994) indica duas vias para se assumir uma situação de prestação de cuidados, a primeira consiste na instalação de um processo de lenta progressão de perda de autonomia e o cuidador começa gradualmente a prestar cuidados e a responsabilizar-se pelo idoso, muitas vezes sem ter tomado conscientemente essa decisão e sem perceber que será o membro da família onde mais tarde irá recair a maior parte da responsabilidade. A segunda via consiste na presença de um acontecimento inesperado que retira a autonomia ao idoso, por exemplo um acidente, uma doença súbita ou a demissão ou morte da pessoa que anteriormente prestava cuidados.

Analisando estas duas vias e os dados obtidos podemos afirmar que a relação de parentesco e a situação de dependência do idoso são os principais fatores que levam a pessoa a tornar-se cuidador.

Em síntese podemos afirmar a amostra de cuidadores familiares deste estudo é constituída maioritariamente pelo género feminino, grupo etário sessenta e dois a setenta anos, casados, pertencentes a famílias classe III, segundo classificação social internacional de Graffar, com habilitações literárias ao nível do ensino básico, vivem só com o idoso dependente, prestando cuidados maioritariamente ao cônjuge, há mais de três anos, com uma frequência diária de cinco a dez vezes por dia, dispondo de ajuda na prestação de cuidados e o principal motivo apontado para assumir o papel de cuidador foi o grau de parentesco com o idoso totalmente dependente.

Relativamente às dificuldades percecionadas pelos cuidadores familiares, resultantes da aplicação do CADI, apresenta-se os resultados obtidos [segundo as subescalas propostas pelos autores Nolan, Grant e Keady (1998)]:

Problemas relacionais com o idoso dependente; Reação à prestação de cuidados; Exigências de ordem física na prestação de cuidados; Restrições na vida social; Restrições na vida familiar; Problemas financeiros; Deficiente apoio profissional, mas incluindo-se os “outros aspetos”, tal como no estudo de Brito (2000), uma vez que as respostas foram significativas e podem constituir dificuldade para o cuidador.

A análise estatísticas dos dados realizou-se com recurso ao programa informático SPSS versão 20.0. Foi determinado o coeficiente alfa cronbach ($\alpha = 0,952$), o que nos permite afirmar que o instrumento apresenta fiabilidade elevada segundo Murphy e Davidsholder (1988:89) (Anexo IV). Este valor é semelhante ao apresentado por Nolan, Grant e Keady (1998), com coeficiente alfa cronbach ($\alpha = 0,92$), por Brito (2000), com o coeficiente alfa cronbach ($\alpha = 0,927$), por Figueiredo (2007b) com o coeficiente alfa cronbach ($\alpha = 0,94$) e por Sequeira (2007) com o coeficiente alfa cronbach ($\alpha = 0,94$). Foram feitas análises de frequências (máximo, mínimo, média, mediana e moda). Para análise das necessidades em cada dimensão considerou-se como critério os itens apresentarem 50% de respostas obtidas pela soma nas posições “Aconteceu e causa alguma perturbação” e “Aconteceu e perturba muito” e dentro destes itens, o item que apresentou a soma mais alta, determinou a necessidade do cuidador familiar na respetiva dimensão.

Quadro 1 - Distribuição das respostas na dimensão problemas relacionados com o idoso dependente

	Não aconteceu		Aconteceu e não me perturba		Aconteceu e causa alguma perturbação		Aconteceu e perturba muito	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%
Q 5 - A pessoa de quem eu cuido chega a pôr-me fora de mim	13	30,0	10	23,0	14	33,0	6	14,0
Q 11 - Por vezes a pessoa de quem estou a cuidar exige demasiado de mim	11	25,6	5	11,6	13	30,2	14	32,6
Q 12 - Deixou de haver o sentimento que havia na minha relação com a pessoa de quem cuido	26	60,5	5	11,6	10	23,3	2	4,7
Q 14 - A pessoa de quem cuido nem sempre ajuda tanto quanto poderia	13	30,2	5	11,6	17	39,5	8	18,6
Q 22 - A pessoa de quem cuido nem sempre dá valor ao que eu faço	21	49,0	6	14,0	8	19,0	8	19,0
Q 25 - O comportamento da pessoa de quem cuido causa problemas	16	37,2	11	25,6	12	27,9	4	9,3
Q 26 - Cuidar desta pessoa não me dá qualquer satisfação	24	56,0	10	23,0	7	16,0	2	5,0

Pela análise das respostas obtidas, considera-se que a Q11 - “Por vezes a pessoa de quem estou a cuidar exige demasiado de mim”, apresenta o maior valor: 61,3% na soma das respostas obtidas nas posições “Aconteceu e causa alguma perturbação” e “Aconteceu e perturba muito”, representando assim, este item a dificuldade manifestada pelos cuidadores na dimensão “problemas relacionais” com o idoso totalmente dependente, sendo mais sentida pelos cuidadores do grupo etário setenta a setenta e oito anos, pelos cuidadores a prestar cuidados há mais de três anos, pelos cuidadores a prestar cuidados mais do que onze vezes por dia, pelos cuidadores sem ajuda para a prestação de cuidados e pelos que coabitam com o idoso dependente.

Quadro 2 - Distribuição das respostas na dimensão reações à prestação de cuidados

	Não aconteceu		Aconteceu e não me perturba		Aconteceu e causa alguma perturbação		Aconteceu e perturba muito	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%
Q 1 - Não tenho tempo suficiente para mim próprio	6	14,0	6	14,0	23	53,5	8	18,6
Q 2 - Por vezes sinto-me "de mãos atadas" / sem poder fazer nada para dominar a situação	5	12,0	5	12,0	21	49,0	12	28,0
Q 9 - Chega a transtornar as minhas relações familiares	16	37,2	5	11,6	14	32,6	8	18,6
Q 17 – Esta situação faz-me sentir irritado	13	30,2	8	18,6	11	25,6	11	25,6
Q 19 - Esta situação está a transtornar-me os nervos	9	20,9	4	9,3	19	44,2	11	25,6
Q 29 – Não consigo sossegar por estar preocupado com os cuidados a prestar	9	20,9	2	4,7	17	39,5	15	34,9
Q 30 - Esta situação faz-me sentir culpado	34	79,1	1	2,3	6	14,0	2	4,7

Pela análise das respostas obtidas, considera-se que a Q2 “Por vezes sinto-me de “mãos atadas”/sem poder fazer nada para dominar a situação” apresenta o maior valor: 75,0% na soma das respostas obtidas nas posições “Aconteceu e causa perturbação” e “Aconteceu e perturba muito”, representando assim, este item a dificuldade dos cuidadores familiares na dimensão reações à prestação de cuidados. Verifica-se que é mais frequente no grupo etário dos setenta a setenta e oito anos, quando existe coabitação com o idoso totalmente dependente, quando o agregado familiar é constituído por duas pessoas, quando o tempo de prestação de cuidados é superior a três anos e nas situações em que a frequência da prestação de cuidados é superior a onze vezes por dia.

Quadro 3 - Distribuição das respostas na dimensão exigência de ordem física na prestação de cuidados

	Não aconteceu		Aconteceu e não me perturba		Aconteceu e causa alguma perturbação		Aconteceu e perturba muito	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%
Q 6 - A pessoa de quem eu cuido depende de mim para se movimentar	6	14,0	8	18,6	14	32,6	15	34,9
Q 10 - Deixa-me muito cansado fisicamente	4	9,3	7	16,3	16	37,2	16	37,2
Q 13 - A pessoa de quem cuido necessita de muita ajuda nos seus cuidados pessoais	6	14,0	11	25,6	9	20,9	17	39,5
Q 15 - Ando a dormir pior por causa desta situação	7	16,3	6	14,0	20	46,5	10	23,3
Q 23 - A minha saúde ficou abalada	9	20,9	3	7,0	15	34,9	16	37,2
Q 24 - A pessoa de quem cuido sofre de incontinência (não controla as necessidades)	11	25,6	12	27,9	16	37,2	4	9,3

Pela análise das respostas obtidas considera-se que a Q10 – “Deixa-me muito cansado fisicamente” apresenta o maior valor; 74,4% na soma das respostas obtidas nas posição “Acontece e causa alguma perturbação” e “Acontece e perturba muito”, representando assim este item a dificuldade dos cuidadores na dimensão exigência de ordem física na prestação de cuidados. É manifestada maioritariamente pelos cuidadores pertencentes ao grupo etário de setenta a setenta e oito anos, pelos cuidadores que prestam cuidados à mais de três anos, pelos cuidadores que prestam cuidados mais do que onze vezes por dia e que coabitam com o idoso dependente.

Quadro 4 - Distribuição das respostas na dimensão restrições na vida social

	Não aconteceu		Aconteceu e não me perturba		Aconteceu e causa alguma perturbação		Aconteceu e perturba muito	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%
Q 8 - Afasta-me do convívio com outras pessoas e de outras coisas de que gosto	9	20,9	9	20,9	15	34,9	10	23,3
Q 18 - Não estou com os meus amigos tanto quanto gostaria	10	23,3	9	20,9	17	39,5	7	16,3
Q 20 - Não consigo ter um tempo de descanso, nem fazer uns dias de férias	9	20,9	4	9,3	17	39,5	13	30,2

Pela análise das respostas obtidas considera-se que a Q20 “ Não consigo ter um tempo de descanso, nem fazer uns dias de férias”, apresenta o maior valor; 63,6% na soma das respostas

nas posições “Aconteceu e causa alguma perturbação” e “Aconteceu e perturba muito”, representando este item a dificuldade do cuidador na dimensão restrições na vida social, manifestando-se esta dificuldade maioritariamente nos cuidadores que coabitam com o idoso totalmente dependente e pelos cuidadores cujo agregado familiar é constituído por duas pessoas (idoso totalmente dependente e cuidador).

Quadro 5 - Distribuição das respostas na dimensão deficiente apoio familiar

	Não aconteceu		Aconteceu e não me perturba		Aconteceu e causa alguma perturbação		Aconteceu e perturba muito	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%
Q 16 - As pessoas da família não dão tanta atenção como eu gostaria	16	37,2	5	11,6	12	27,9	10	23,3
Q 28 - Alguns familiares não ajudam tanto quanto poderiam	17	39,5	6	14,0	10	23,3	10	23,3

Pela análise das respostas considera-se que estes itens não constituem dificuldade para o cuidador uma vez que a soma das respostas obtidas nas posições “Acontece e causa perturbação” e “Acontece e perturba muito” não atinge 50%.

Quadro 6 - Distribuição das respostas na dimensão deficiente apoio profissional

	Não aconteceu		Aconteceu e não me perturba		Aconteceu e causa alguma perturbação		Aconteceu e perturba muito	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%
Q 7 - Parece-me que os técnicos de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, etc.) não fazem bem ideia dos problemas que os prestadores de cuidados enfrentam	10	46,5	3	7,0	14	32,6	6	14,0
Q 27 - Não recebo apoio suficiente dos serviços de saúde e dos serviços sociais	18	41,9	4	9,3	9	20,9	12	27,9

Pela análise das respostas considera-se que estes itens não constituem dificuldade para o cuidador uma vez que a soma das respostas obtidas nas posições “Acontece e causa perturbação” e “Acontece e perturba muito” não atinge 50%.

Quadro 7 - Distribuição das respostas na dimensão problemas financeiros

	Não aconteceu		Aconteceu e não me perturba		Aconteceu e causa alguma perturbação		Aconteceu e perturba muito	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%
Q 4 - Traz-me problemas de dinheiro	8	18,6	5	11,6	21	48,8	9	20,9
Q 21 - A qualidade da minha vida piorou	3	7,0	6	14,0	21	48,8	13	30,2

Pela análise das respostas obtidas, considera-se que a Q21 “A qualidade da minha vida piorou”, apresenta o maior valor: 79,0% na soma das respostas obtidas nas posições “Aconteceu e causa perturbação” e “Aconteceu e perturba muito”, representando assim este item uma dificuldade para os cuidadores na dimensão problemas financeiros, manifestando-se maioritariamente nos cuidadores do grupo etário setenta a setenta e oito anos, no agregado familiar constituído por duas pessoas, nos cuidadores que coabitam como o idoso totalmente dependente, nos cuidadores que prestam cuidados há mais de três anos e nos cuidadores que prestam cuidados com uma frequência de mais onze vezes ao dia.

Quadro 8 - Distribuição das respostas na dimensão "outros aspetos"

	Não aconteceu		Aconteceu e não me perturba		Aconteceu e causa alguma perturbação		Aconteceu e perturba muito	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%
Q 3 – Não consigo dedicar tempo suficiente às outras pessoas da família	11	25,6	6	14,0	18	41,9	11	18,6

Pela análise das respostas obtidas, considera-se que a Q3 “Não consigo dedicar tempo suficiente às outras pessoas da família”, apresenta o valor: 60,5% de respostas obtidas nas somas das posições “Acontece e causa alguma perturbação” e “Acontece e perturba muito”, constituindo este item dificuldade para os cuidadores na dimensão “outros aspetos”. Esta dificuldade foi mais referida pelos cuidadores do grupo etário dos setenta a setenta e oito anos, no agregado familiar constituído por duas pessoas, na situação de coabitação, quando o tempo de cuidados é superior a três anos e quando a frequência dos cuidados é de seis a dez

vezes por dia e em igual número quando a frequência de cuidados é superior a onze vezes por dia.

No final do questionário existe um espaço aberto para os cuidadores referirem outros aspetos por eles sentidos como dificuldade na situação de prestação de cuidados, dez dos inquiridos utilizaram esse espaço, dos aspetos referidos transcrevem-se as respostas:

“Porque também sou muito doente”, “Minha mãe tem problemas respiratórios”, “Priva-me de algumas atividades particulares”, “Por ser trabalhador dependente”, “ Por ser trabalhador independente”, “Faz parte da minha vida”, “ A tristeza constante do idoso”, “ São 24 horas sobre 24 horas, 365 dias por ano”, “Não tenho conhecimentos suficientes para cuidar de um doente com doença de Alzheimer” e “Falta de preparação para lidar com um doente de Alzheimer”.

2.1.6. Diagnósticos de enfermagem

Com base nos resultados encontrados, podemos definir os seguintes diagnósticos de enfermagem de acordo com a Teoria do Défice de Autocuidado de Orem:

Problema 1: Défice de autocuidado relacionado com a relação com o idoso dependente que se manifesta pela exigência dos cuidados a prestar;

Problema 2: Défice de autocuidado relacionado com a reação à prestação de cuidados que se manifesta por não poder fazer nada para dominar a situação;

Problema 3: Défice de autocuidado relacionado com a exigência física dos cuidados a prestar que se manifesta por cansaço físico;

Problema 4: Défice de autocuidado relacionado com a restrição na vida social que se manifesta por ausência de tempo para descanso ou dias de férias;

Problema 5: Défice de autocuidado relacionado com problemas financeiros que se manifesta por pior qualidade de vida;

Problema 6: Défice de autocuidado relacionado com outros aspetos que se manifesta por não conseguir dedicar tempo suficiente às outras pessoas da família.

2.1.7. Limitações do estudo

Durante a realização deste estudo muitas foram as limitações que surgiram, sendo que a principal limitação prende-se com a inexperiência da investigadora, no entanto tratando-se de um trabalho académico, houve a necessidade de obter inúmeros conhecimentos de modo a percorrer e realizar todas as etapas do planeamento em saúde, valorizando assim toda a aprendizagem efetuada.

Desde o momento da recolha de dados até à fase de implementação da intervenção comunitária muitos idosos faleceram “libertando” o cuidador deste papel e restringindo a amostra.

O perfil do cuidador, na medida em que a grande maioria vive só com o idoso totalmente dependente, não possibilitou grande adesão às sessões de educação para a saúde, o que justificou também recorrer à visita domiciliária de enfermagem.

A inexistência de uma intervenção planeada para o cuidador familiar foi uma necessidade manifestada pela UCC, esta intervenção foi o início de um projeto que decerto terá continuidade pois uma vez reconhecidas as necessidades dos cuidadores, justifica-se a intervenção de enfermagem.

2.2. Determinação de prioridades

Segundo Tavares (1990), a determinação de prioridades trata-se de um processo de tomada de decisão que tem em conta o planeamento, a pertinência dos planos, a utilização eficiente dos recursos e a otimização dos resultados a atingir através da implementação de um projeto. Para realizar a priorização de problemas da maneira mais objetiva possível é necessário a utilização de critérios. Assim sendo optou-se por escolher para a determinação de prioridades a Grelha de Análise aplicada por um grupo de peritos e constituído pela investigadora para este fim.

Está técnica permite determinar prioridades partindo dos seguintes critérios: Importância dos problemas; Relação entre o problema e os fatores de risco; Capacidade técnica de resolver o problema; Exequibilidade técnica de resolver o problema ou da intervenção.

2.2.1. Constituição grupo de juízes

Para a constituição do grupo de juízes teve-se em conta o Modelo adaptado por Benner (2001), o Modelo Dreyfus da Aquisição de Competências para a prática de enfermagem clínica.

O Modelo postula que as mudanças em quatros aspetos do desempenho ocorrem em movimento através dos níveis de aquisição de competências, sendo que cada nível de desempenho pode ser determinado apenas por validação consensual de juízes especialistas e pela apreciação dos resultados da situação.

Para Benner (2001) à medida que a enfermeira ganha experiência, o conhecimento clínico torna-se uma mistura de conhecimento teórico e prático, desenvolvendo-se a perícia à medida que o clínico experimenta e modifica probabilidades baseadas em princípios.

Este modelo descreve cinco níveis de aquisição e desenvolvimento de competências: principiante, principiante avançado, competente, proficiente e perito.

O nível de perito caracteriza-se por a enfermeira ter um domínio intuitivo da situação e ser capaz de identificar o problema sem deixar de considerar uma série de diagnósticos e soluções alternativas. Os aspetos chave da prática de enfermagem perita são: domínio clínico e prática baseada na investigação, *know-how* incorporado, ver a situação no seu todo e ver o inesperado. Tendo a enfermeira perita a capacidade de reconhecimento de padrões com base num passado profundamente experiente, sendo que é de extrema importância ir ao encontro das verdadeiras preocupações e necessidades do doente, mesmo que isso signifique planejar e negociar mudança no plano de cuidados.

Assim sendo, e após a análise dos cinco níveis de aquisição e desenvolvimento de competências relativamente aos possíveis enfermeiros peritos, decidiu-se constituir o grupo de juízes conforme quadro em apêndice (Apêndice XI) que após explicação do pretendido preencheram a grelha de priorização em apêndice (Apêndice XII).

Quadro 9 - Resultado da priorização após consulta grupo de juízes

	Problema 1	Problema 2	Problema 3	Problema 4	Problema 5	Problema 6
Juiz 1	1	1	1	4	4	2
Juiz 2	1	1	1	1	2	1
Juiz 3	1	1	1	3	4	4
Juiz 4	1	1	1	3	4	1
Total	4	4	4	11	14	8

Através da análise do resultado da priorização após a consulta do grupo de juízes e tendo em conta o tempo e os recursos materiais e humanos disponíveis, decidiu-se eleger de entre os três problemas com a mesma pontuação, como os problemas prioritários e possíveis de intervenção, os seguintes:

Problema 1: Défice de autocuidado relacionado com a relação com o idoso dependente que se manifesta pela exigência dos cuidados a prestar;

Problema 3: Défice de autocuidado relacionado com a exigência física dos cuidados a prestar que se manifesta por cansaço físico.

2.3. Fixação de objetivos

Realizado o diagnóstico da situação e a priorização dos problemas procedeu-se à fixação dos objetivos a atingir. Este é um passo fundamental, já que apenas mediante um correto estabelecimento de objetivos se pode efetuar uma avaliação dos resultados obtidos, através da implementação de projetos (Tavares, 1990). Para a delineação de objetivos considerou-se a Teoria do Défice de Autocuidado de Orem, sendo que a autora refere que o autocuidado é a prática de atividades, iniciadas e executadas pelos indivíduos em seu próprio benefício, para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar. O autocuidado efetivamente executado, contribui de maneira específica para a integridade da estrutura humana, para o funcionamento da pessoa e para o seu desenvolvimento. Tendo sempre em atenção de que as capacidades do indivíduo para o autocuidado encontram-se condicionadas pela idade, estado de desenvolvimento, experiência de vida, orientação sociocultural, saúde e recursos disponíveis (Orem, 1993).

Assim sendo delineou-se como **objetivo geral**:

Desenvolver estratégias de apoio ao cuidador familiar do idoso totalmente dependente no domicílio de modo a garantir e/ou melhorar o seu autocuidado.

Como **objetivos específicos**:

Ensinar aos cuidadores familiares como realizar transferências, posicionamentos e mobilizações passivas de modo a diminuir a exigência física dos cuidados a prestar ao idoso totalmente dependente no domicílio;

Ensinar aos cuidadores familiares como lidar com o papel de ser cuidador, como solicitar ajuda, como estabelecer limites ao cuidado de modo a melhorar a relação com o idoso totalmente dependente no domicílio;

Proporcionar estímulos e contextos que promovam a participação dos cuidadores em momentos de convívio para que possam partilhar e trocar experiências entre si.

2.4. Seleção de estratégias

Após a fixação de objetivos, procedeu-se à seleção de estratégias, destinadas a lhe darem resposta, tendo em conta que são sempre possíveis diferentes combinações de abordagem do problema em causa, e que devem ser comparadas a fim de se selecionar a mais adequada, e que a análise custo-benefício e a avaliação dos recursos disponíveis podem ser determinantes na tomada de decisão perante as diversas alternativas (Tavares, 1990).

Para definir as estratégias teve-se em conta as características da intervenção, a especificidades do grupo em questão, os objetivos a atingir e os recursos existentes.

Orem (1993) preconiza no sistema de apoio-educação que quando a pessoa pode e consegue executar, deve aprender a executar medidas de autocuidado terapêutico, e se não conseguir fazê-lo sem auxílio compete ao enfermeiro promover essas medidas de modo a que a pessoa seja um agente de autocuidado. O autor considera também a educação para o autocuidado um processo dinâmico que depende da vontade da pessoa e da perceção desta sobre a sua condição clínica. As pessoas julgam se a ação de autocuidado é benéfica para elas, e esse julgamento ocorre de acordo com as orientações internas e/ou externas, que, por sua vez, são moldadas pela cultura em que as pessoas vivem.

Durán (1992) refere que no planeamento de ações de saúde a estratégia pode definir-se como a arte de combinar as atividades necessárias de modo a atingir com a maior eficiência e a menor rejeição os objetivos definidos, o que conduziu a delinear as seguintes estratégias de intervenção: **Diminuir a exigência física nos cuidados a prestar ao idoso totalmente**

dependente no domicílio e melhorar a relação com o idoso totalmente dependente no domicílio.

2.5. Preparação operacional – programação

Após a fixação dos objetivos e das estratégias, surge a fase de preparação operacional – programação. Durán (1992) refere que em planeamento em saúde, atividade significa ação destinada à promoção e proteção da saúde, recuperação do doente e à reabilitação das condições de saúde afetadas. Das atividades mais frequentes que o autor aponta utilizadas na promoção da saúde pública (Apêndice XIII) escolheu-se as **sessões de educação para a saúde** e a **visita domiciliária de enfermagem**.

Segundo a Carta de Ottawa (1986) os serviços de saúde, para além das suas responsabilidades na prestação de cuidados clínicos e curativos, devem orientar-se cada vez mais para a promoção da saúde. A promoção da saúde pressupõe o desenvolvimento pessoal e social, através da melhoria da informação, educação para a saúde e reforço das competências que habilitem a pessoa para uma vida saudável. É fundamental capacitar as pessoas para aprenderem durante toda a vida, preparando-as para as suas diferentes etapas e para enfrentarem as doenças crónicas e as incapacidades.

A educação para a saúde possibilita o desenvolvimento e o fornecimento de informação e experiencia de aprendizagem para facilitar a tomada de decisões com conhecimento, e permite ao indivíduo, famílias, grupos e comunidades lidarem mais eficazmente com a sua saúde e estilos de vida, assumindo cada indivíduo uma maior responsabilidade pessoal pela sua saúde (Graham, 1992) citado por Stanhope e Lancaster (2011).

Para realizar as sessões de educação para a saúde, teve-se em conta vários aspetos, entre eles a idade dos cuidadores, a escolha de conteúdos, a organização das atividades, o contexto da aprendizagem, as teorias de aprendizagem, modelos de motivação e modelos de mudança.

Segundo Monteiro e Santos (1995) a **aprendizagem** pode ser definida como “uma mudança relativamente estável e duradoura do comportamento e do conhecimento. Esta mudança do comportamento relaciona-se com as experiências e exercícios, podendo ocorrer de forma consciente ou inconsciente, num processo individual ou interpessoal”.

A ideia de mudança está inerente ao conceito de aprendizagem. Na interação com o meio o indivíduo recebe múltiplos estímulos que, através de mecanismos internos de aprendizagem, se traduzirão em mudanças ao nível das estruturas cognitiva, emocional, motivacional e em

novas respostas na sua relação com o meio, ou seja, novas atitudes e comportamentos. Contudo, a aprendizagem não deriva apenas dos mecanismos cognitivos.

As experiências e vivências pessoais e a herança sociocultural interagem com as características biológicas e psicofisiológicas do indivíduo. É assim que “... o Homem constrói o futuro a partir do passado. Reexperimentando e generalizando novos processos de aprendizagem a Humanidade vai edificando novos horizontes culturais, acrescentando sempre algo mais à própria natureza e cultura”. A aprendizagem visa uma adaptação a situações novas, inéditas, imprevisíveis, isto é, uma disponibilidade adaptativa a situações futuras” (Fonseca, 1997).

A **Teoria da Aprendizagem Social**, baseada nos princípios Behavioristas, defende que o comportamento é uma função de expectativas individuais, sobre o valor de um desejo ou resultado. Stanhope e Lancaster (2011) referem que se os utentes julgarem que o resultado é desejável e atingível estão mais inclinados a mudar o seu comportamento, para alcançar esse fim, podendo assim, os educadores utilizar esta teoria para mudar comportamentos, tornando os utentes capazes de alterar as suas expectativas sobre o valor de determinado resultado.

Segundo Readman (2002) citando Slavin (1994), nas situações de ensino-aprendizagem existem seis categorias de motivação que dirigem a aprendizagem em várias situações, sendo uma das categorias a Teoria da Expectativa de Mudança, a qual afirma que a motivação de uma pessoa para alcançar determinada meta depende da perceção de mudança que a pessoa possui do sucesso, bem como do valor que atribui a esse sucesso, sendo este comportamento previsível pela intenção da pessoa em desempenhar o comportamento.

O **Modelo de aprendizagem do comportamento de Rochon** (1996), refere que os aspetos cognitivos, afetivos e psicomotores são indissociáveis em qualquer etapa de aprendizagem, não ocorrendo de forma sucessiva, estes podem ser a nível do conhecimento da existência do comportamento, a nível do interesse, se revelam ou não atitude recetiva em relação ao comportamento ou a nível da necessidade de tomar decisão, quando a pessoa se questiona a qualquer momento se o comportamento é útil ou adequado.

Para Rochon (1996) existem três etapas de mudança, a primeira em que o indivíduo está consciente do problema e interessa-se por ele, a segunda o indivíduo sente necessidade de tomar uma decisão e a terceira em que o indivíduo toma uma decisão após analisar as vantagens e desvantagens. De acordo com o exposto considera-se que os participantes deste estudo se encontram na primeira etapa.

A visita domiciliária de enfermagem foi outra atividade realizada. Stanhope e Lancaster (2011) referem que os cuidados de saúde domiciliários constituem a componente de um cuidado continuado de saúde global em que os serviços de saúde são prestados aos indivíduos e famílias nos seus domicílios, com a finalidade de promover, manter ou recuperar a saúde. Os cuidados domiciliários integram uma área da enfermagem comunitária, sendo as atividades de promoção da saúde uma componente fundamental deste exercício, visto que a promoção da saúde realizada em contexto domiciliário, é um fator facilitador do autocuidado. Em contexto domiciliário Stanhope e Lancaster (2011) dão ênfase não só ao indivíduo que necessita de cuidados de enfermagem, mas também ao prestador de cuidados fazendo este parte integrante do cuidado de saúde domiciliário.

Podemos afirmar que a visita domiciliária realizada pelo enfermeiro especialista em enfermagem de saúde comunitária é uma atividade desenvolvida para a promoção de saúde a indivíduos, grupos e famílias de modo a facilitar o autocuidado dos mesmos.

Este projeto de intervenção comunitária foi denominado “Ser Cuidador”

Atividades concretizadas:

Sessão de informação, dirigida aos profissionais da UCC, realizada no dia 16 de novembro de 2012 na UCC pela mestranda, onde foi apresentado o projeto de intervenção comunitária. Estiveram presentes oito enfermeiras da UCC, um médico da USP, três colegas deste mestrado também em estágio na UCC, a enfermeira Maria do Céu Gonçalves, enfermeira supervisora do local de estágio e o Professor Doutor Edmundo Sousa, docente orientador da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. O objetivo desta atividade foi dar a conhecer o projeto e os seus objetivos a toda a equipa, a fim de solicitar a sua colaboração e envolvimento de modo a posteriormente poderem dar continuidade ao projeto. A equipa manifestou oralmente agrado e satisfação pelo projeto e muito interesse na sua implementação, uma vez que não existe na UCC nenhum projeto estruturado de apoio ao cuidador familiar (Apêndice XIV)

Primeira sessão de educação para a saúde dirigida aos cuidadores familiares, realizada pela mestranda com a colaboração da enfermeira Maria José Leão, enfermeira da ECCI especialista em enfermagem de reabilitação, no dia 29 de janeiro de 2013 na UCC.

Dos quarenta e três cuidadores que constituíram a amostra inicial do estudo, na altura da implementação do projeto ainda se mantinham no papel de cuidadores vinte e dois, quinze deixaram de ser cuidadores por morte do idoso totalmente dependente e seis por institucionalização do idoso totalmente dependente em lar de idosos.

Foram convocados, em visita domiciliária conjunta com enfermeiro da unidade de saúde, os vinte e dois cuidadores. Dez cuidadores, apesar de manifestarem interesse e gosto em participar, referiram não poder comparecer pois não tinham com quem deixar o idoso totalmente dependente. Dos doze cuidadores que se disponibilizaram para participar nas sessões, sete acabaram por não comparecer, tendo-se realizado as sessões com cinco cuidadores.

Após apresentação dos formadores e cuidadores, iniciou-se a sessão com a comunicação do tema e objetivos: ensinar estratégias práticas para diminuir a exigência física dos cuidados a prestar ao idoso totalmente dependente e promover um momento de partilha e convívio entre cuidadores, verificaram-se os conhecimentos anteriores através de uma questão direta “como faz para...posicionar, transferir, manter mobilidade”. Apresentaram-se os conceitos e demonstrou-se posicionamentos, transferências e mobilizações passivas. Em seguida solicitou-se aos cuidadores para demonstrarem o que observaram. Todos os cuidadores presentes realizaram o proposto, referindo de imediato que era muito mais fácil realizar as transferências como demonstrado. Após a síntese da sessão, foi distribuído aos cuidadores três folhetos informativos sobre “Transferências posicionamentos e mobilizações passivas”, duas pomadas destinadas ao cuidado da pele, gentilmente oferecidas por um laboratório de produtos farmacêuticos, e um questionário de avaliação da sessão.

Após a sessão todos os cuidadores, formadoras e enfermeiras da unidade, participaram no lanche convívio que constituiu um momento de convívio entre profissionais e cuidadores e a partilha de experiências entre cuidadores (Apêndice XV a XXII).

Segunda sessão de educação para a saúde dirigida aos cuidadores familiares, realizada pela mestranda no dia 8 de fevereiro de 2013, na UCC. Foram novamente convocados, desta vez por telefone, para esta sessão os sete cuidadores que manifestaram interesse em participar e não puderam participar na sessão anterior. Os cinco cuidadores presentes na primeira sessão, foram no final da sessão informados da data da segunda sessão, confirmaram a sua presença e compareceram à segunda sessão. Iniciou-se a sessão com comunicação do tema e objetivos:

Refletir sobre estratégias práticas para melhorar relação com idoso dependente e promover um momento de partilha e convívio entre cuidadores. Foi perguntado aos cuidadores o que para eles é ser cuidador, dificuldades e recompensas. Este grupo foi unânime em verbalizar que apesar das dificuldades as recompensas sobrepunham-se. Falou-se do reconhecimento do papel do cuidador e da importância do cuidador cuidar de si através da indicação de estratégias práticas, da gestão do relacionamento com o idoso dependente, da importância sempre que possível de envolver a família e da partilha de dificuldades com amigos ou pessoas que passem pela mesma situação. Ao longo da sessão foi-se estimulando a intervenção dos participantes a partilharem opiniões e sentimentos, pelo que a sessão apesar de ser expositiva, decorreu com interatividade entre formandos e entre formandos e formador. Feita a síntese da sessão, entregou-se aos cuidadores um folheto informativo sobre o tema abordado “Ser cuidador” e um questionário de avaliação da sessão.

Tal como na anterior, após a sessão todos os cuidadores, as formadoras e enfermeiras da unidade, participaram no lanche convívio (Apêndice XXIII a XXVII).

O Manual do Cuidador. Este Manual foi criado para ser um meio de fácil consulta ao cuidador. A escolha do conteúdo deste manual resulta dos problemas priorizados neste estudo, que se enquadram na dimensão exigência física dos cuidados a prestar ao idoso dependente e na dimensão problemas relacionais com o idoso dependente, pretendendo-se assim que os assuntos abordados e as estratégias descritas ajudem o cuidador a gerir melhor algumas situações resultantes destas problemáticas. Foi elaborado o manual e impressos alguns exemplares, no entanto, por a sua entrega requerer visita domiciliária com tempo adequado para informar e explicar o seu conteúdo, não foi possível efetuarla durante o período de estágio (Apêndice XXVIII).

Visita domiciliária de enfermagem. Foram realizadas cinco visitas domiciliárias, conjuntas com a equipa de enfermagem, sendo o alvo da atenção o cuidador familiar do idoso totalmente dependente, principalmente os que ao longo do período de estágio referiram não se poderem deslocar à unidade para as sessões de educação para a saúde por não terem com quem deixar o idoso totalmente dependente.

Os temas abordados nestas visitas domiciliárias foram os problemas priorizados neste estudo, que como já referido, se enquadram na dimensão exigência física dos cuidados a prestar ao

idoso dependente e na dimensão problemas relacionais com o idoso dependente, no entanto em contexto domiciliário surgem outras questões e dúvidas que também foram atendidas, bem como problemas específicos de cada situação.

2.6. Avaliação

A avaliação é fundamental na determinação da eficácia e pertinência do percurso realizado, confrontando os objetivos com as estratégias realizadas (Tavares, 1990). Nesta fase é importante distinguir a avaliação realizada a curto prazo que se pode realizar através de indicadores de atividade que serviram para fixar metas e uma avaliação a médio prazo, que se faz em relação aos objetivos fixados em termos de indicadores de impacto (Imperatori e Giraldes, 1989).

Quadro 10 - Resultado dos indicadores de atividade

Indicadores de atividade	<u>Número de sessões realizadas (2)</u> x 100 = 100% Número de sessões planeadas (2)
	<u>Número de cuidadores que assistiram à primeira sessão (5)</u> x 100 = 41% Número de cuidadores convocados sessão (12)
	<u>Número de cuidadores que participaram ativamente primeira sessão (5)</u> x 100 = 100% Número de cuidadores que assistiram à primeira sessão (5)
	<u>Número de cuidadores que participaram no lanche convívio primeira sessão (5)</u> x 100 = 100% Número de cuidadores que assistiram à primeira sessão (5)
	<u>Número de cuidadores que se sentiram satisfeitos primeira sessão (5)</u> x 100 = 100% Número de cuidadores que assistiram à primeira sessão (5)
	<u>Número de cuidadores que assistiram à segunda sessão (5)</u> x 100 = 41% Número de cuidadores convocados para a segunda sessão (12)
	<u>Número de cuidadores que participaram ativamente segunda sessão (5)</u> x 100 = 100% Número de cuidadores que assistiram à segunda sessão (5)
	<u>Número de cuidadores que participaram no lanche convívio (5)</u> x 100 = 100% Número de cuidadores que assistiram à segunda sessão (5)
	<u>Número de cuidadores que se sentiram satisfeitos segunda sessão (5)</u> x 100 = 100% Número de cuidadores que assistiram à segunda sessão (5)
	<u>Número de VD realizadas (5)</u> x 100 = 100% Número de VD planeadas (5)

Pela análise dos dados obtidos no Quadro 10, podemos concluir que foram realizadas todas as atividades planeadas, todos os cuidadores participaram ativamente nas sessões e no lanche convívio, o qual proporcionou um ambiente para troca de experiências entre os cuidadores, todos os cuidadores familiares que participaram nas sessões manifestaram-se satisfeitos, todos avaliaram as sessões em Bom, nos itens de avaliação propostos.

Quadro 11 - Indicadores de impacto

Indicadores de impacto	<u>Número de cuidadores que apresentam diminuição do cansaço físico</u> x 100 Número de cuidadores que assistiram à sessão
	<u>Número de cuidadores que apresentam diminuição da exigência dos cuidados solicitados pelo idoso</u> x 100 Número de cuidadores que assistiram à sessão
	<u>Número de cuidadores que apresentam diminuição do cansaço físico</u> x 100 Número de cuidadores a quem foi realizado educação para a saúde em VD
	<u>Número de cuidadores que apresentam diminuição da exigência dos cuidados solicitados pelo idoso</u> x 100 Número de cuidadores a quem foi realizado educação para a saúde em VD

Segundo Tavares (1990), só uma correta avaliação e controlo dos projetos permite comparar o estado inicial e final da população-alvo, antes e após a implementação do projeto, relacionando as atividades realizadas com os recursos despendidos e adequando a pertinência dos objetivos estabelecidos com as necessidades identificadas. Deste modo determina-se que para se avaliar os indicadores de impacto em agosto de 2013, aplicar-se-á as duas subescalas do CADI (Dimensão exigência de ordem física na prestação de cuidados e dimensão problemas relacionais com o idoso dependente) aos cuidadores que frequentaram as sessões e aos cuidadores que receberam visita domiciliária, que nessa altura ainda se mantenham no papel de cuidadores.

Em cada subescala analisar-se-á o item que constituiu dificuldade para o cuidador. Na dimensão exigência de ordem física na prestação de cuidados foi o item Q10 “Deixa-me muito cansado fisicamente” e na dimensão problemas relacionais com o idoso dependente o item Q2 “Por vezes a pessoa de quem estou a cuidar exige demasiado de mim”.

3. CONCLUSÃO

O envelhecimento da sociedade atual é uma realidade. Com o aumento do número de idosos surge o aumento da dependência. A abordagem desta problemática passa pela família, e na situação de dependência passa especificamente pelo cuidador familiar. O cuidador familiar é a pessoa que ao assumir o cuidado e a responsabilidade pela saúde do idoso dependente, constitui um suporte para continuação da vida e a sua manutenção no domicílio. Face a esta nova realidade e ao desempenho deste novo papel, que para muitos constitui um autêntico desafio, os cuidadores familiares constituem também um grupo com necessidades e dificuldades.

Analisando os resultados obtidos neste estudo podemos concluir que o cuidador familiar da amostra é, na grande maioria, do género feminino, o que está de acordo com os dados encontrados em vários estudos que referem que o papel histórico e social do cuidar é atribuído à mulher. As habilitações literárias situam-se ao nível do ensino básico. O maior número de cuidadores pertence ao grupo etário de sessenta e dois a setenta anos, seguido dos grupos etários de setenta a setenta e oito anos e ao grupo etário de setenta e oito a oitenta e seis anos, o que demonstra que o envelhecimento também está presente na amostra.

A maioria dos cuidadores vive só com o idoso totalmente dependente, e em coabitação, justificando-se porque a maioria dos idosos totalmente dependentes requer cuidados durante as vinte e quatro horas, conduzindo esta situação a um aumento do tempo de cuidados e consequentemente diminuição do tempo de lazer e descanso do cuidador.

Relativamente ao grau de parentesco com o idoso totalmente dependente conclui-se que quase cinquenta por cento dos cuidadores presta cuidados ao cônjuge, seguindo-se os filhos como principais cuidadores, sendo o grau de parentesco o principal motivo apontado pelos cuidadores para *assumir* o papel, o que nos permite afirmar que a responsabilidade do cuidar recai sobre os familiares mais próximos, com os quais já existem laços afetivos.

Como referido na literatura a tarefa do cuidar é uma atividade de longa duração, o que se verifica na amostra, uma vez que a maioria dos cuidadores presta cuidados à mais de três anos.

Em relação aos resultados da aplicação do CADI, após a priorização pelo grupo de juízes as dificuldades dos cuidadores, alvo de intervenção, pertencem à dimensão “Exigência de ordem física na prestação de cuidados” e à dimensão “ Problemas relacionais com o idoso dependente”, manifestando-se estas duas dificuldades em maior número pelos cuidadores do grupo etário setenta a setenta e oito anos, pelos cuidadores a prestar cuidados há mais de três anos, mais do que onze vezes por dia, pelos cuidadores sem ajuda para a prestação de cuidados e pelos que coabitam com o idoso dependente.

O projeto de intervenção comunitária em causa permitiu a aquisição e o desenvolvimento de competências inerentes à enfermagem de saúde comunitária, o que nos sustenta e fundamenta para apresentarmos sugestões que visam a melhoria da prestação dos cuidados de enfermagem, aspetos que consideramos fundamentais serem desenvolvidos na formação em serviço e algumas inquietações ao nível da investigação, que o presente estágio não respondeu. Concretizamos o supracitado objetivamente, assim, sugerimos para a melhoria da **prestação dos cuidados de enfermagem**, a utilização de um instrumento de avaliação de necessidades dos cuidadores, de modo a que as intervenções sejam direcionadas para os problemas identificados. O reconhecimento do grupo “cuidadores familiares” como alvo prioritário de cuidados de enfermagem, uma vez que para além das responsabilidades no cuidar de um idoso totalmente dependente, este grupo tem as suas necessidades de autocuidado, justificando a intervenção de enfermagem. A criação de um espaço de apoio ao cuidador, onde se possam realizar sessões de educação para a saúde, proporcionar ao cuidador partilha de experiências com outros cuidadores e momentos de convívio. Todas as intercorrências detetadas deverão ser referenciadas para o Manual do Cuidador para que este se mantenha atualizado e adequado a novas realidades de novos cuidadores, estas atualizações deverão ser partilhadas na equipa de saúde.

Como sugestões ao nível da **formação** consideramos que esta deve ser dirigida para a identificação precoce dos sinais de alerta manifestados pelo cuidador em situações de dificuldade na prestação de cuidados, em situações de dificuldade na comunicação como o idoso e na identificação de sinais de esgotamento do cuidador. Neste âmbito, a importância de

realçar as visitas domiciliárias de modo a que quando existe um cuidador familiar o número de visitas domiciliárias de enfermagem sejam mantidas e não diminuídas. Sugere-se a criação de um enfermeiro de referência na área do cuidador, responsável pela formação contínua da equipa.

A nível da **investigação/e de possíveis áreas de intervenção comunitária**, de acordo com as vivências decorridas neste estágio no contato com os cuidadores familiares, ficamos com as seguintes inquietações que eventualmente poderão levar a questões de investigação e/ou áreas de intervenção comunitária:

Como se efetua a gestão dos recursos da comunidade (redes de suporte) de forma a que estes cheguem a todos os cuidadores familiares?;

A visita domiciliária de enfermagem como estratégia de *coping* para o cuidador familiar?.

Considerando as quatro competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, reconhecemos que relativamente à primeira competência: “Estabelece com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade”, foram adquiridas e desenvolvidas competências uma vez que foi estabelecida com base na metodologia do planeamento em saúde a avaliação do estado de saúde de uma comunidade, neste caso a um grupo de cuidadores familiares, aos quais foi efetuado um diagnóstico de saúde, estabelecidas prioridades face aos diagnósticos encontrados, face às prioridades estabelecidas foram delineados objetivos e estratégias de intervenção, foi realizado um projeto de intervenção comunitária, estabelecidos indicadores de atividade e de impacto para avaliação das intervenções.

Relativamente à segunda competência: “Contribui-se para o processo de capacitação de grupos e comunidades”, também podemos considerar que foram adquiridas e desenvolvidas competências na medida em que foi concebido, planeado e implementado um projeto de intervenção comunitária para um grupo de cuidadores familiares, tendo em conta as suas especificidades. Para a intervenção neste grupo, foram mobilizados conhecimentos de outras áreas, nomeadamente, na área das ciências de educação e na área de enfermagem de reabilitação, necessários para a realização das sessões de educação para a saúde e para a elaboração dos conteúdos do Manual do Cuidador. A coordenação e dinamização do projeto

de intervenção comunitária foi da inteira responsabilidade da mestrandia possibilitando assim aquisição de competências a nível da gestão da informação em saúde ao grupo de cuidadores.

Relativamente à terceira competência: “Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde”, foi possível, com a realização deste projeto de intervenção comunitária, intervir num grupo de cuidadores familiares, referidos na literatura como um grupo de risco para as doenças mentais e morte por enfarte do miocárdio, contribuindo com ganhos em saúde para dois programas de saúde prioritários; o Programa Nacional para a Saúde Mental e o Programa Nacional para as Doenças Cérebro- Vasculares.

Em relação à quarta competência: “Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico”, foi construindo um instrumento de colheita de dados de caracterização sociodemográfica do cuidador familiar de modo a permitir a colheita, tratamento e análise estatística de dados epidemiológicos em relação a este grupo.

Podemos concluir que durante a realização deste projeto de intervenção comunitária foi possível adquirir e desenvolver competências específicas na área de especialização em enfermagem comunitária.

Os enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária e de saúde pública apresentam uma responsabilidade acrescida sobre a saúde das populações, como tal devem reconhecer o importante papel do cuidador familiar, as suas dificuldades e implementar projetos de intervenção com medidas de apoio e suporte de modo a assegurar o seu autocuidado e otimizar a gestão das suas dificuldades.

Tendo em conta que a promoção da saúde desenvolve-se através da intervenção concreta e efetiva na comunidade, estabelecendo prioridades tomando decisões, planeando estratégias e implementando-as com vista a atingir melhor saúde, encontrando-se no centro deste processo o reforço do poder das comunidades, para que assumam o controlo dos seus próprios esforços e destinos (Carta de Ottawa, 1986).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Andrade, F.M.M. (2009). *O Cuidado Informal à Pessoa Idosa Dependente em Contexto Domiciliário: Necessidades Educativas do Cuidador Principal*. Tese de Mestrado. Minho. Apresentada na Universidade do Minho. Instituto de Educação e Psicologia.

Brito, M.L.S. (2000). *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*. Coimbra. Tese de mestrado apresentada na Faculdade de Medicina do Porto.

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra. Quarteto Editora.

Carmo, H. & Ferreira, M.M. (1998). *Metodologia da Investigação: Guia para autoaprendizagem*. Lisboa Universidade Aberta.

Collière, M. F. (1989). *Promover a Vida*. Lisboa. Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

Diário da República, 2ª série- Nº74-16 de abril de 2009.

Durán, H. (1992). *Planeamento em Saúde. Aspetos Conceptuais e Operativos*. Lisboa. Guide-Artes Gráficas.

Figueiredo, D. (2007a). *Cuidados Familiares ao Idoso Dependente*. Lisboa. Climepsi Editores.

Figueiredo, D. (2007b). *Prestação familiar de cuidados a idosos dependentes com e sem demência*. Aveiro. Universidade de Aveiro. Tese de Doutoramento em Ciências da Saúde.

Figueiredo, M.H.J.S. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar*. Loures. Lusociência.

Floriani, C.A. (2004). Cuidador familiar: sobrecarga e proteção. *Revista Brasileira de Cancerologia*, volume 50 (4), páginas 341-345. Acedido em 11-03-2013. Disponível em http://www.inca.gov.br/rbc/n_50/v04/pdf/secao5.pdf

Fonseca, V. (1997). Educação Especial – Programa de Estimulação Precoce. Lisboa. Notícias Editorial

Fortin, M.F. (1999). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures. Lusociência.

Foster, P.C., Janssens, N. P. (1993). Dorothea E. Orem. In George, J.B. *Teorias de Enfermagem. Os Fundamentos para a Prática Profissional*. Págs. 90-107. Porto Alegre. Editor Artes Médicas.

Grelha, P.A.S.S. (2009). *Qualidade de Vida dos Cuidadores Informais de Idosos Dependentes em Contexto Domiciliário*. Dissertação de Mestrado. Lisboa. Apresentada na Faculdade de medicina de Lisboa.

Hanson, S.M.H. (2005). *Enfermagem de cuidados de saúde à família, Teoria, Prática e Investigação*. 2ª Edição. Loures. Lusociência.

Imperatori, E. & Giraldes, M. R. (1982). *Metodologia do Planeamento em Saúde*. Lisboa.

Instituto Nacional de Estatística (2011). *Censos 2011*. Lisboa: INE. Acedido em 12/07/2012. Disponível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_base_dados&menuBOUI=13707095&contexto=bd&selTab=tab2

Ministério da Saúde (2011). *Plano de Atividades do ACES de Almada*. Monte Caparica. Acedido em 12/06/2012. Disponível em: http://www.mcsp.min-saude.pt/Imgs/content/page_248/plano_actividades2011_aces_almada.pdf

Monteiro, M. & Santos, M. R. (1995). *Psicologia*. Porto. Porto Editora.

Murphy, R. & Davidsholder, O. (1988). *Psychological Testing: Principles and Applications*. 6th Edition. New Jersey: Prentice Hall.

Nolan, M., Grant, G. & Keady, J. (1998). *Assessing the Needs of Family Carers: A Guide for Practitioners*. Brighton. Pavilion Publications.

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem comunitária e de saúde pública*. Lisboa. Acedido em: 12.12.2011 Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasComunitariaSaude%20Publica_aprovadoAG_20Nov2010.pdf

Orem, D.E. (1993). *Modelo de Orem. Conceptos de enferméria en lá práctica*. Barcelona. 4^a Edição. Masson Salvat.

Pereira, A.S.C.A. (2008). *Cuidadores Familiares e Idosos Dependentes: Perfil, Motivos e Satisfação com a Vida*. Aveiro. Dissertação de mestrado apresentada na Universidade de Aveiro.

Pimentel, L. (2005). *O Lugar do Idoso na Família. Contextos e Trajetórias*. (2^a Edição). Coimbra. Quarteto Editora.

Redman, B.K. (2001). *A prática da Educação para a Saúde*. (9^a Edição). Lisboa. Lusociência.

Rochon, A. (1996). *Educacion para la salud: una guía práctica para realizar um proyecto*. (3^o edição). Barcelona. Editora Mason.

Sequeira, C. (2007). *Cuidar de Idosos Dependentes*. Coimbra. Quarteto Editora.

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa. Lidel, Edições Técnicas, Lda.

Stanhope, M. & Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública. Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População*. Lisboa. (7ª Edição). Lusodidacta.

Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Portugal. Ministério da Saúde, Departamento de Recursos Humanos da Saúde.

The Belmont Report (2000) Acedido em 11-03-2013. Disponível em: <http://www.hhs.gov/ohrp/humansubjects/guidance/belmont.html>

World Health Organization (1986). Carta de Ottawa. Acedido em 13-04-2013. Disponível em: <http://www.dgidc.min-edu.pt/educacaoosaude/index.php?s=directorio&pid=96>

ANEXOS

ANEXO I – Índice Katz

ÍNDICE DE KATZ

DEFINIÇÃO DOS NÍVEIS DE DEPENDÊNCIA SEGUNDO AS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA

UNIDADE DE SAÚDE _____

NOME: _____ DN: _____

MORADA: _____ TEL: _____

ENFERMEIRO FAMÍLIA: _____ NOP: _____

Data	Alimentação/Hidratação		Higiene/Banho		Controlo esfíncteres		Locomoção		Vestir/Despir		Nível
	Ind.	Dep.	Ind.	Dep.	Ind.	Dep.	Ind.	Dep.	Ind.	Dep.	

Ind: Independente

Dep: Dependente

NÍVEL 1: Quando o indivíduo é independente com as ajudas técnicas ou dispositivos postos à sua disposição para fazer face às necessidades da vida diária e só necessitar de ajuda de terceiros para se movimentar fora de casa.

Exemplo: Subir e descer escadas, utilizar transportes...

NÍVEL 2: Quando o indivíduo está dependente em pelo menos uma das atividades de vida diária.

NÍVEL 3: Quando o indivíduo está dependente em mais do que uma das atividades de vida diária.

NÍVEL 4: Quando o indivíduo necessita de ajuda com as atividades de vida diária durante as 24 horas por dia.

O Índice de independência de atividades de vida diárias é baseado numa avaliação da independência funcional dos utentes quanto às suas capacidades para tomar banho, vestir-se, deslocar-se até à casa de banho (toilete) para satisfação das suas obrigações, movimento dentro ou fora de casa, no controlo dos seus esfíncteres e por fim na capacidade em poder preparar as suas próprias refeições e alimentar-se.

Critérios (de inclusão ou exclusão) ou definições específicas dessas capacidades serão gradualmente descritas.

1- ALIMENTAR-SE

Independente: ser capaz de levar a comida do prato à boca (o ato de comer a carne a preparar a comida, com barrar o pão com manteiga ou outro são excluídos desta avaliação).

Dependente: Necessita de apoio de terceira pessoa para o ato de comer (ver norma), não se alimenta de todo ou é alimentado parenteralmente.

2- TOMAR BANHO (MERGULHO, CHUVEIRO OU BANHEIRA)

Independente: só necessita de apoio para lavar uma parte do corpo (como as costas por exemplo), lava-se completamente.

Dependente: Necessita de apoio para lavar mais do que uma parte do corpo, para entrar ou sair da banheira, ou não se lava de todo sozinho.

EFETUAR A “TOILETE” (HIGIENE)

Independente: desloca-se ao local das obrigações, entra e sai, prepara as roupas e limpa os órgãos de excreção. (Pode manusear sozinho o bacio e apenas e somente à noite, e utiliza ou não suportes mecânicos).

Dependente: usa o bacio ou “cómoda” ou necessita de apoio de terceira pessoa para deslocar-se ao “toilete”

3- CONTINÊNCIA DOS ESFÍNCTERES

Independente: diurese e defecação inteiramente autocontrolados.

Dependente: Incontinência parcial ou total dos esfíncteres anal ou vesical. Controle parcial ou total à custa de enemas ou cateteres ou uso regulado de urinóis e/ou bacios.

4- TRANSFERE-SE (MUDAR DE LUGAR)

Independente: Ser capaz de entrar e sair da cama, ou levantar-se de uma cadeira pelos seus próprios meios (quer use ou não suportes mecânico).

Dependente: Necessita de apoio de terceira pessoa para entrar ou sair da cama ou da cadeira.

5- VESTIR-SE

Independente: Ser capaz de se vestir e escolher as suas roupas de armários, gavetas e bengaleiros e armários nos membros locais independentes. (Ser capaz de atar os atacadores dos sapatos não está incluído neste item).

Dependente: Não ser capaz de se vestir pelos seus próprios meios ou fazê-lo parcialmente.

ANEXO II – Classificação Social Internacional. Índice Graffar

CLASSIFICAÇÃO SOCIAL INTERNACIONAL
ESTABELECIDA PELO PROFESSOR GRAFFAR (BRUXELAS)
ÍNDICE DE GRAFFAR

Profissão

Grau 1. Grandes industriais e comerciantes, gestores de topo de setor público ou privado (maior que 500 empregados), professores universitários com Doutoramento, brigadeiro/general/marechal, profissões liberais de topo, altos dirigentes políticos;

Grau 2. Médios industriais e comerciantes, dirigentes de médias empresas, agricultores/proprietários, oficiais forças armadas, dirigentes intermédios e quadros técnicos do setor público ou privado, oficiais das forças armadas, profissões liberais, professores do ensino básico, do ensino secundário e universitários sem Doutoramento.

Grau 3. Pequenos industriais e comerciantes, quadros médios, chefes de secção, empregados de escritório de grau superior, agricultores médios, sargentos e equiparados;

Grau 4. Pequenos agricultores e rendeiros, empregados de escritório de grau baixo, operários semiqualeificados, funcionários públicos e membros de forças militares ou militarizadas de baixa patente;

Grau 5. Assalariados agrícolas, trabalhadores indiferenciados e profissões não classificadas nos grupos anteriores.

Nível de escolaridade

Grau 1. Licenciatura, mestrado ou doutoramento;

Grau 2. Bacharelato ou curso superior com duração menor ou igual a 3 anos;

Grau 3. 12º Ano de escolaridade ou 9 ou mais anos de escolaridade;

Grau 4. Escolaridade superior a 4 anos e inferior a 9 anos;

Grau 5. Escolaridade inferior a 4 anos, não sabe ler ou escrever.

Fontes de rendimento familiar

Grau 1. Fortuna herdada ou adquirida, lucros de empresas, rendimentos profissionais de elevado nível;

Grau 2. Altos vencimentos e honorários (maior ou igual a 10 vezes o salário mínimo nacional);

Grau 3. Vencimento mensal fixo.

Grau 4. Remunerações inferiores ao salário mínimo nacional, pensionistas ou reformados, vencimentos incertos;

Grau 5. Subsídios.

Conforto do alojamento

Grau 1. Casa ou andar de luxuoso espaçoso, com máximo de conforto;

Grau 2. Casa ou andar bastante espaçoso e confortável;

Grau 3. Casa ou andar em bom estado de conservação, com cozinha e casa de banho eletrodomésticos essenciais;

Grau 4. Casa ou andar modesto com cozinha e casa de banho, com eletrodomésticos de menor nível;

Grau 5. Alojamento impróprio (barraca, andar ou outro), coabitação de várias famílias em situação de promiscuidade.

Aspeto do bairro onde se situa a habitação

Grau 1. Zona residencial elegante, caro;

Grau 2. Zona residencial bom, confortável;

Grau 3. Zona intermédia com ruas comerciais estreitas e antigas;

Grau 4. Bairro social ou operário, zona antiga;

Grau 5. Bairros de lata ou equivalente.

Pontuação Final

Aplicando o coeficiente de ponderação de 1 a 5 em cada um dos grupos encontrados, obteremos a seguinte classificação:

Classe I (Alta): 5 a 9 pontos

Classe II (Média/Alta) 10 a 13 pontos

Classe III: (Média) 14 a 17 pontos

Classe IV: (Média Baixa) 18 a 21 pontos

Classe V (Baixa): 22 a 25 pontos

Fonte: Adaptado de FIGUEIREDO, Maria Henriqueta (2012) - Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar. Lisboa. Lusociência.

ANEXO III – Versão portuguesa do Carers'Assessment of Difficulties Index

ANEXO IV – Critério de fiabilidade estimado pelo α cronbach

CRITÉRIO DE FIABILIDADE ESTIMADA PELO α CRONBACH

Tabela 1

Crítérios de recomendação de Fiabilidade estimada pelo α de Cronbach (adaptado de Peterson, 1994)

Autor	Condição	α considerado aceitável
Murphy & Davidsholder, 1988, p. 89	Fiabilidade inaceitável	<0.6
	Fiabilidade baixa	0.7
	Fiabilidade moderada a elevada	0.8-0.9
	Fiabilidade Elevada	>0.9

Fonte: Murphy & Davidsholder (1988: 89). Psychological Testing: Principles and Applications. 6º Ed. New Jersey. Prentice Hall.

APÊNDICES

APÊNDICE I – Pedido de autorização para campo de estágio ao diretor executivo do ACES
Almada

APÊNDICE II – Pedido de autorização para colheita de dados

APÊNDICE III – Pedido autorização para utilizar o nome do ACES Almada e Unidades
funcionais

APÊNDICE IV – Pedido de autorização para utilização CADI à Professora Doutora Maria
Luísa da Silva Brito

Exma. Sra. Professora Doutora Maria Luísa da Silva Brito

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Av. Bissaya Barreto. Apartado 7001

3046-851 Coimbra

Assunto: Pedido de autorização para utilizar instrumento de avaliação

Elisabete Pereira Gonçalves Ferreira Leitão, enfermeira discente do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem-Área de Especialização em Saúde Comunitária, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, encontra-se, no âmbito deste mestrado a realizar um estudo, orientado pelo Professor Doutor José Edmundo Xavier Furtado Sousa, docente na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, sobre cuidadores familiares de idosos totalmente dependentes, com o objetivo de conhecer quais as necessidades do cuidador familiar que presta cuidados ao idoso totalmente dependente no domicílio e posteriormente delinear estratégias de intervenção, segundo a Metodologia do Planeamento em Saúde. Neste sentido, e se tal fosse possível, vem por este meio solicitar-lhe autorização para utilizar como instrumento de avaliação o Índice de avaliação das dificuldades da cuidador (CADI) e o envio do respetivo instrumento.

Comprometendo-se desde já a facultar uma cópia final do estudo e a facultar qualquer esclarecimento adicional.

Lisboa, 10 de Abril de 2012

Com os melhores cumprimentos,

Elisabete Pereira Gonçalves Ferreira Leitão

APÊNDICE V – Autorização da Professora Doutora Maria Luísa da Silva Brito

APÊNDICE VI – Consentimento informado aos cuidadores familiares

CONSENTIMENTO INFORMADO

Declaro, que dou o meu consentimento para responder ao questionário, apresentado pela enfermeira Elisabete Pereira Gonçalves Ferreira Leitão que desempenha funções no Centro de Saúde de Almada – Unidade de Saúde Familiar da Cova da Piedade.

Compreendo que farei parte do grupo cuidadores familiares que prestam cuidados ao idoso totalmente dependente no domicílio, sendo o objetivo deste questionário conhecer quais as dificuldades destes cuidadores familiares, para posteriormente delinear estratégias de intervenção, segundo a Metodologia do Planeamento em Saúde. Este trabalho é realizado no âmbito do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Área de Especialização em Enfermagem Comunitária, ministrado pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

O objetivo do questionário, para o qual fui selecionada(o) para participar, foi devidamente explicado. De igual modo, estou consciente da sua finalidade, e que toda a informação pessoal será mantida confidencial, de modo a manter o anonimato.

Responderei ao questionário no meu domicílio. Neste questionário serão feitas perguntas sobre a minha opinião relativamente a potenciais dificuldades relacionadas com o cuidar do idoso totalmente dependente e suas implicações a nível da saúde, na vida social, na situação económica, no relacionamento e no apoio dos profissionais aos prestadores de cuidados.

Responderei ao questionário, aproximadamente durante vinte minutos, gratuitamente, e de forma inteiramente voluntária.

Assim sendo, aceito participar de livre vontade, e contribuir para o desenvolvimento deste trabalho.

Data_____ Assinatura do participante_____

APÊNDICE VII – Instrumento de colheita de dados para caracterização sociodemográfica do
cuidador familiar

QUESTIONÁRIO

Sr. (a) Utente

O presente questionário insere-se num estudo realizado no âmbito do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Área de Especialização em Enfermagem Comunitária, ministrado pela Escola de Enfermagem de Lisboa, e tem por finalidade conhecer quais as dificuldades dos cuidadores familiares que prestam cuidados ao idoso totalmente dependente no domicílio.

Neste sentido, solicito a sua colaboração, que não o/a ocupará mais de vinte minutos no preenchimento deste questionário, o qual é anónimo.

Para o preenchimento, deverá colocar uma cruz no quadrado que condiz com a sua resposta e nas outras perguntas deverá responder preenchendo os espaços destinados.

Lembro que não há respostas certas ou erradas, a sua opinião é que é importante.

Desde já agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

CARACTERIZAÇÃO GERAL

1. Género: Feminino ☐ Masculino ☐

2. Idade: _____ Anos

3. Estado civil: _____

4. Habilitações Literárias: _____

5. Qual a profissão que exerce ou exerceu? _____

6. Qual a fonte de rendimentos do agregado familiar? _____

7. Número de elementos do agregado familiar (incluindo o próprio)? _____

8. Vive na mesma habitação que o idoso a seu cargo?

Sim ☐ Não ☐

9. Número de assoalhadas da habitação onde vive o idoso? _____

10. Qual a sua relação de parentesco com a pessoa a quem presta cuidados?

11. Há quanto tempo o idoso é totalmente dependente?

Menos de 1 ano ☐

1 Ano a 2 anos ☐

2 Anos a 3 anos ☐

Mais de 3 anos ☐

12. Quantas vezes por dia presta cuidados ao idoso dependente?

1 a 5 ☐

6 a 10 ☐

11 ou mais ☐

13. Tem ajuda de mais alguém para cuidar do idoso?

Não ☐

Sim ☐ Quem? _____

14. Tem algum apoio da rede de cuidados continuados, da unidade de saúde ou de outra instituição?

Sim ☐ Qual instituição? _____

Não ☐

15- Qual a razão, pela qual se tornou cuidador do idoso dependente?



OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO

APÊNDICE VIII – Conteúdos das dimensões do CADI

CONTEÚDOS DAS DIMENSÕES DO CADI

Dimensão	Item	Conteúdo
Problemas relacionais com o idoso dependente	5	A pessoa de quem eu cuido chega a pôr-me fora de mim
	11	Por vezes a pessoa de quem estou a cuidar exige demasiado de mim
	12	Deixou de haver o sentimento que havia na minha relação com a pessoa de quem cuido
	14	A pessoa de quem cuido nem sempre ajuda tanto quanto poderia
	22	A pessoa de quem cuido nem sempre dá valor ao que eu faço
	25	O comportamento da pessoa de quem cuido causa problemas
	26	Cuidar desta pessoa não me dá qualquer satisfação
Reações à prestação de cuidados	1	Não tenho tempo suficiente para mim próprio
	2	Por vezes sinto-me de “mãos atadas”/sem poder fazer nada para dominar a situação
	9	Chega a transtornar as minhas relações familiares
	17	Esta situação faz-me sentir irritado
	19	Esta situação está a transtornar-me os nervos
	29	Não consigo sossegar por estar preocupado com os cuidados a prestar
	30	Esta situação faz-me sentir culpado
Exigência de ordem física na prestação de cuidados	6	A pessoa de quem cuido depende de mim para se movimentar
	10	Deixa-me muito cansado fisicamente
	13	A pessoa de quem cuido necessita de muita ajuda nos seus cuidados pessoais
	15	Ando a dormir pior por causa desta situação
	23	A minha saúde ficou abalada
	24	A pessoa de quem cuido sofre de incontinência (não controla as necessidades)
Restrições na vida social	8	Afasta-me do convívio com outras pessoas e de outras coisas de que gosto
	18	Não estou com os meus amigos tanto quanto gostaria
	20	Não consigo ter um tempo de descanso, nem fazer uns dias de férias
Deficiente apoio familiar	16	As pessoas da família não dão tanta atenção como eu gostaria
	28	Alguns familiares não ajudam tanto quanto poderiam
Deficiente apoio profissional	7	Parece-me que os técnicos de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, etc.) não fazem bem ideia dos problemas que os prestadores de cuidados enfrentam
	27	Não recebo apoio suficiente dos serviços de saúde e dos serviços sociais
Problemas financeiros	4	Traz-me problemas de dinheiro
	21	A qualidade da minha vida piorou
Outros aspetos	3	Não consigo dedicar tempo suficiente às outras pessoas da família

APÊNDICE IX – Pedido autorização para utilizar nome no relatório como pertencente ao grupo de juizes

Exma. Senhora Enfermeira

Assunto: Pedido de autorização para que o seu nome seja mencionado no trabalho de projeto e relatório de estágio, como juiz designado para priorização dos problemas identificados.

Elisabete Pereira Gonçalves Ferreira Leitão, enfermeira graduada, a desempenhar funções na Unidade de Saúde Familiar da Cova da Piedade, presentemente a frequentar o 3º Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização de Enfermagem Comunitária, ministrado pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, e com o estágio a decorrer na Unidade de Cuidados na Comunidade, vem solicitar a Vossa Excelência a autorização para no âmbito do curso acima citado, mencionar o seu nome no seu trabalho de projeto e relatório de estágio, como pertencente ao grupo de juízes designados para priorização dos problemas identificados. O tema deste estudo é “Necessidades do cuidador familiar que presta cuidados ao idoso totalmente no domicílio”, que no final poderá ser disponibilizado caso a colega assim o deseje.

Com os melhores cumprimentos,

Almada, 16 de novembro de 2012

Elisabete Pereira Gonçalves Ferreira Leitão

APÊNDICE X – Consentimento informado para as colegas pertencentes ao grupo de juízes

CONSENTIMENTO INFORMADO

Declaro, que dou o meu consentimento para que o meu nome seja mencionado como pertencente ao grupo de juízes, designado para priorizar os problemas de enfermagem identificados, no trabalho da senhora enfermeira Elisabete Pereira Gonçalves Ferreira Leitão, mestranda do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Saúde Comunitária e cujo tema é “Necessidades do cuidador familiar que presta cuidados ao idoso totalmente dependente no domicílio”.

Compreendo que farei parte do grupo de juízes designados para priorizar os problemas de enfermagem resultantes da aplicação do instrumento de colheita de dados: Índice de avaliação das dificuldades do cuidador: Carers’Assessment of Diffculties Índex (CADI) de Nolan e col (1998).

O objetivo deste estudo e desta intervenção, para a qual fui selecionada para participar, foi devidamente explicado. De igual modo, estou consciente da sua finalidade, e que toda a informação pessoal será estritamente mantida neste relatório de estágio.

Assim sendo, aceito participar de livre vontade, e contribuir para o desenvolvimento deste trabalho.

Almada, 16 de novembro de 2012

APÊNDICE XI – Constituição do grupo de juízes

CONSTITUIÇÃO DO GRUPO DE JUÍZES

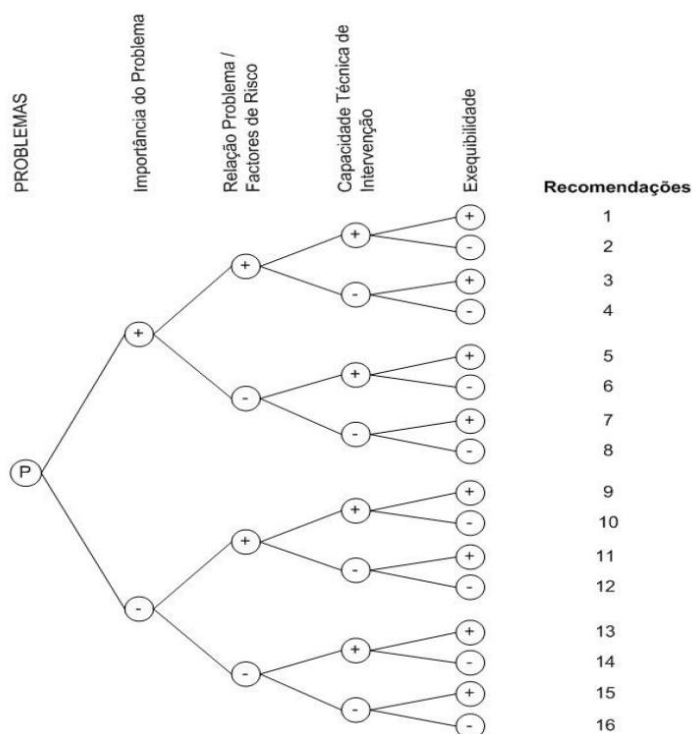
Nome		Categoria profissional	Classificação segundo Benner
Juiz 1	Maria do Céu Gil Cerdeira Gonçalves	Enfermeira chefe especialista em enfermagem de saúde comunitária	Perito
Juiz 2	Maria José Oliveira Biafo Leão	Enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação	Perito
Juiz 3	Margarida Bravo dos Mártires Antunes Cerveira	Enfermeira Graduada	Perito
Juiz 4	Susana Maria Lagoa Tormenta	Enfermeira Graduada	Perito

APÊNDICE XII – Grelha de priorização para grupo de juízes

PROBLEMAS IDENTIFICADOS

	Importância do problema	Relação entre problema e fatores de risco	Capacidade técnica de resolver o problema	Exequibilidade do projeto ou da intervenção	Total
Problema 1: Déficit de autocuidado relacionado com a relação com o idoso dependente que se manifesta pela exigência dos cuidados a prestar					
Problema 2: Déficit de autocuidado relacionado com a reação à prestação de cuidados que se manifesta por não poder fazer nada para dominar a situação;					
Problema 3: Déficit de autocuidado relacionado com a exigência física dos cuidados a prestar que se manifesta pelo cansaço físico;					
Problema 4: Déficit de autocuidado relacionado com a restrição na vida social que se manifesta por ausência de tempo para descanso ou dias de férias;					
Problema 5: Déficit de autocuidado relacionado com problemas financeiros que se manifesta por pior qualidade de vida;					
Problema 6: Déficit de autocuidado relacionado com outros aspetos que se manifesta por não conseguir dedicar tempo suficiente às outras pessoas da família.					

Grelha de análise para determinação de prioridades



Fonte: Pineault e Daveluy (1986), citados por Tavares (1990): p 89

APÊNDICE XIII – Atividades frequentes nos programas de Saúde Pública

NÚMERO E DEFINIÇÃO DAS ATIVIDADES MAIS FREQUENTES DOS PROGRAMAS DE SAÚDE PÚBLICA

Designação da atividade	Definição da ação
Hospitalização	Caso de alta por termo de hospitalização
Consulta médica	Caso diagnosticado e que recebeu tratamento ou indicações terapêuticas do médico
Consulta de enfermagem	Caso diagnosticado e que recebeu tratamento ou indicações terapêuticas do enfermeiro
Consulta odontológica	Caso tratado pelo odontologista
Consulta médica domiciliária	Caso atendido pelo médico no domicílio para diagnóstico ou indicações terapêuticas e dietéticas ao doente e família
Consulta de urgência	Caso atendido pela urgência em serviço equipado para essa necessidade
Imunização	Caso que recebeu o número e o tipo de vacinas necessárias para o imunizar contra a doença
Visita domiciliária de enfermagem	Visita do enfermeiro no domicílio de caso em vigilância com indicações ao caso e à família e entrega de informação
Sessão de educação para a saúde	Exposição preparada acerca de um problema específico sob controlo programático, de uma duração considerada eficaz para o nível do auditório, acompanhada de técnicas audiovisuais e de demonstração
Alimentação suplementar	Número de quilogramas de alimentos distribuídos a uma população, integrados em objetivos específicos
Inspeção sanitária	Visita completa a uma obra sanitária com as indicações e a informação respetiva
Construção sanitária	Construção de uma unidade projetada tecnicamente para satisfazer necessidades de saúde dos indivíduos, famílias ou grupos populacionais
Reparação de habitação	Remodelação de habitações com objetivos específicos: ventilação, saneamento, iluminação, temperatura, etc.

Fonte: Adaptado de Duran (1992: 136)

APÊNDICE XIV – Power Point sessão de informação aos profissionais da UCC

APÊNDICE XV – Plano primeira sessão educação para a saúde aos cuidadores familiares

Plano de Sessão

Projeto	Ser Cuidador
Tema da sessão	Posicionamentos, transferências e mobilizações passivas.
Sessão Nº	Um
População alvo	Cuidadores familiares
Formador	Elisabete Pereira Gonçalves Ferreira Leitão

Objetivos gerais	Contribuir para autocuidado do cuidador familiar
Objetivos específicos	Ensinar estratégias práticas para diminuir a exigência física dos cuidados a prestar Promover um momento de partilha e convívio entre cuidadores

Duração	50 minutos
Data	29 de janeiro de 2013
Local	UCC Almada

Etapas	Atividades didáticas	Métodos e técnicas pedagógicas	Equipamentos/meios didáticos	Avaliação	Tempo (min)
Introdução	Apresentação formandos e formador	Expositivo	-	-	2
	Comunicação do Tema	Expositivo	Computador PowerPoint Videoprojector	-	1
	Comunicação dos objetivos	Expositivo	Computador PowerPoint Videoprojector	-	1
	Verificação de Pré-Adquiridos	Interrogativo	-	Inicial	4
Desenvolvimento	Posicionamentos Transferências Mobilizações passivas	Expositivo e Interrogativo	Computador PowerPoint Videoprojector	Formativa	5
	Todos os formandos vão realizar após exemplificação posicionamento, transferência e mobilizações passivas	Interativo	Marquesa Cadeira de rodas Almofadas	Formativa	25
	Síntese	Expositivo	Computador PowerPoint Videoprojector	-	2
Conclusão	Avaliação da sessão	-	Avaliação em papel	-	8
	Conclusão	Expositivo	Computador PowerPoint Videoprojector	-	1
	Ponte com Próxima Sessão	Expositivo	-	-	1

APÊNDICE XVI – Power Point primeira sessão de educação para a saúde aos cuidadores familiares

APÊNDICE XVII – Folheto sobre “Posicionamentos”

APÊNDICE XVIII – Folheto “Transferências”

APÊNDICE XIX – Folheto “Mobilizações Passivas”

APÊNDICE XX – Avaliação da primeira sessão de educação para a saúde

3º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem Comunitária

UC: Estágio de Enfermagem Comunitária e da Família

Avaliação da Sessão de Formação

Projeto “Ser Cuidador”

Tema: “Transferência, posicionamentos e mobilizações passivas”

Discente: Elisabete Pereira Gonçalves Ferreira Leitão

Docente: Professor Doutor José Edmundo Furtado Xavier de Sousa

Duração: 35 minutos

Local: UCC Almada

Data: 29 de janeiro de 2013

A sua opinião sobre esta sessão de formação é muito importante, pelo que solicito que responda às seguintes questões, colocando uma cruz no quadrado que corresponde à sua opinião, sendo que 1 corresponde a “Mau”, 2 a Suficiente e 3 a Bom”.

	1	2	3
Como classifica esta sessão em que acaba de participar?			
Como classifica o conteúdo desta sessão, relativamente ao tema?			
Como classifica esta sessão quanto à sua utilidade prática?			
Como classifica os folhetos que lhe foram fornecidos?			

Sugestões: _____

Muito obrigada

APÊNDICE XXI – Folha de presenças da primeira sessão educação para a saúde

3º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem Comunitária

UC: Estágio de Enfermagem Comunitária e da Família

Folha de presenças

Sessão de Formação

Projeto “Ser Cuidador”

Tema: “Transferência, posicionamentos e mobilizações passivas”

Discente: Elisabete Pereira Gonçalves Ferreira Leitão

Docente: Professor Doutor José Edmundo Furtado Xavier de Sousa

Duração: 50 minutos

Local: UCC Almada

Data: 29 de janeiro de 2013

Nome	Assinatura

Muito obrigada

APÊNDICE XXII – Fotografias da primeira sessão de educação para a saúde



APÊNDICE XXIII – Plano da segunda sessão de educação para a saúde aos cuidadores
familiares

Plano de Sessão

Projeto	“Ser Cuidador”
Tema da sessão	Ser cuidador; Dificuldades e recompensas.
Sessão N°	Dois
População alvo	Cuidadores familiares
Formador	Elisabete Pereira Gonçalves Ferreira Leitão

Objetivos gerais	Contribuir para autocuidado do cuidador familiar
Objetivos específicos	Refletir sobre estratégias práticas para melhorar a relação com o idoso dependente. Promover um momento de partilha e convívio entre cuidadores

Duração	50 minutos
Data	8 de fevereiro de 2013
Local	UCC Almada

Etapas	Atividades didáticas	Métodos e técnicas pedagógicas	Equipamentos/meios didáticos	Avaliação	Tempo (min)
Introdução	Apresentação formandos e formador	Expositivo	-	-	2
	Comunicação do Tema	Expositivo	Computador PowerPoint Videoprojector	-	1
	Comunicação dos objetivos	Expositivo	Computador PowerPoint Videoprojector	-	1
	Verificação de Pré-Adquiridos	Interrogativo	-	Inicial	4
Desenvolvimento	O que é ser cuidador? Estratégias práticas de como conseguir ultrapassar dificuldades. Recompensas de ser cuidador.	Expositivo e Interrogativo	Computador PowerPoint Videoprojector	Formativa	30
	Síntese	Expositivo	Computador PowerPoint Videoprojector	-	2
Conclusão	Avaliação da sessão	-	Avaliação em papel	-	8
	Conclusão	Expositivo	Computador PowerPoint Videoprojector	-	2

APÊNDICE XXIV – Power Point da segunda sessão educação para a saúde aos cuidadores familiares

APÊNDICE XXIV – Folheto “Folheto do cuidador”

APÊNDICE XXVI – Avaliação da segunda sessão educação para a saúde aos cuidadores familiares

3º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem Comunitária

UC: Estágio de Enfermagem Comunitária e da Família

Avaliação da Sessão de Formação

Projeto “Ser Cuidador”

Tema: “Ser Cuidador: Dificuldades e recompensas”

Discente: Elisabete Pereira Gonçalves Ferreira Leitão

Docente: Professor Doutor José Edmundo Furtado Xavier de Sousa

Duração: 50 minutos

Local: UCC Almada

Data: 8 de fevereiro de 2013

A sua opinião sobre esta sessão de formação é muito importante, pelo que solicito que responda às seguintes questões, colocando uma cruz no quadrado que corresponde à sua opinião, sendo que 1 corresponde a “Mau”, 2 a Suficiente e 3 a Bom”.

	1	2	3
Como classifica esta sessão em que acaba de participar?			
Como classifica o conteúdo desta sessão, relativamente ao tema?			
Como classifica esta sessão quanto à sua utilidade prática?			
Como classifica o “Manual do Cuidador” que lhe foi fornecido?			

Sugestões: _____

Muito obrigada

APÊNDICE XXVII – Folha de presenças na segunda sessão educação para a saúde

3º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem Comunitária

UC: Estágio de Enfermagem Comunitária e da Família

Folha de presenças

Sessão de Formação

Projeto “Ser Cuidador”

Tema: “ Ser Cuidador: Dificuldades e recompensas”

Discente: Elisabete Pereira Gonçalves Ferreira Leitão

Docente: Professor Doutor José Edmundo Furtado Xavier de Sousa

Duração: 50 minutos

Local: UCC Almada

Data: 8 de fevereiro de 2013

Nome	Assinatura

Muito obrigada

APÊNDICE XXVIII – Manual do Cuidador

APÊNDICE XXIX – Cronograma de atividades

CRONOGRAMA ESPECÍFICO DE ATIVIDADES

Atividades	Outubro 2012 Dias	Novembro 2012 Dias	Dezembro 2012 Dias	Janeiro 2013 Dias	Fevereiro 2013 Dias	Março 2013 Dias	Abril 2013 Dias	Maio 2013 Dias
Início estágio	1							
Orientação Tutorial	2, 25	15	11	17		11		2
Seminário				15, 16				
Sessão Educação Saúde				29	8			
Visita Domiciliária				30, 31	6, 7			
Fim estágio					15			
Entrega Relatório Estágio								7

Local estágio: UCC Outra Margem

CRONOGRAMA GERAL DE ATIVIDADES

Atividades	Outubro 2012	Novembro 2012	Dezembro 2012	Janeiro 2013	Fevereiro 2013	Março 2013	Abril 2013	Maio 2013	Agosto 2013
Priorização									
Fixação de objetivos									
Seleção de estratégias									
Preparação operacional-programação									
Avaliação									

Local estágio: UCC Outra Margem